

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS
UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2020

N° 71

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Valentin JACNEAU,
né le 2 octobre 1995 à Chambray-lès-Tours

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15 DECEMBRE 2020

Prise en charge du tabagisme dans les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie de l'Indre-et-Loire

JURY

Présidente : **Pr Véronique MAUPOIL**, pharmacien, professeur de pharmacologie, directrice de la faculté de pharmacie de Tours

Membres :

Dr Anne DANSOU, praticien hospitalier, pneumologue, tabacologue au CHRU de Tours

Dr Pierre BREDELOUX, pharmacien chercheur et maître de conférences en pharmacologie de la faculté de pharmacie de Tours

Dr Ludivine CHEIK, pharmacien adjoint d'officine à Tours et à Joué-lès-Tours

Dr Marion HUSSON, praticien hospitalier, psychiatre addictologue sexologue au CH Louis Sevestre à La Membrolle-sur-Choisille

ANNEE : 2020 - 2021

Directrice : Pr Véronique MAUPOIL

Directeur Adjoint : M. Hervé MARCHAIS

Assesseurs : Pr Daniel ANTIER, M. Matthieu JUSTE, Pr Karine MAHEO, Mme Audrey OUDIN

ENSEIGNANTS

16 PROFESSEURS

ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GÉNÉRALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VÉGÉTALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & MATHÉMATIQUES
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	PHARMACOGNOSIE
GIRAUDEAU	Bruno	BIOPHYSIQUE & MATHÉMATIQUES
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Véronique	PHARMACOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE
THIBAULT	Gilles	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

3 PROFESSEURS EMERITES

AGAFONOV	Viatcheslav	CHIMIE PHYSIQUE
GUILLOTEAU	Denis	BIOPHYSIQUE & MATHÉMATIQUES
BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

38 MAITRES DE CONFERENCES

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE G�L�NIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & MATHÉMATIQUES
AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GÉNÉRALE & BIOTHERAPIE
BAKRI	Françoise	HYGIÈNE SANTÉ PUBLIQUE & TOXICOLOGIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VÉGÉTALE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE
BOUESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BOUVIN-PLEY	Mélanie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE G�L�NIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE

DELAZE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
JUSTE	Matthieu	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
LAJOIE	Laurie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MARCHAIS	Hervé	PHARMACIE GALENIQUE
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MUNNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
OMBETTA-GOKA	Jean-Edouard	CHIMIE ORGANIQUE
ODIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
RESAUD	Renaud	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 CONTRAT D'ENSEIGNEMENT

VANIER	Antoine	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
--------	---------	-----------------------------

1 DIRECTEUR DE RECHERCHE

CHALON	Sylvie	INSERM
--------	--------	--------

2 CHARGES DE RECHERCHE

MEVELEC	Marie-Noëlle	INRA
MOIRE	Nathalie	INRA

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

1 PAST

JOYEUX	VINCENT	Filière Pharmacie
--------	---------	-------------------

3 AHU

FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date : 15/12/2020

L'étudiant

M. Valentin SACNEAU

Le Doyen de la Faculté

Professeuse Véronique Maupoil

Remerciements

Au Pr Véronique Maupoil, présidente du jury,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie de vous investir pour que les étudiants donnent le meilleur d'eux-mêmes.

Au Dr Anne Dansou, co-directrice de thèse

Je vous remercie d'être ma co-directrice de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de votre écoute. Merci de m'avoir fait découvrir le vaste monde de la tabacologie et de l'entretien motivationnel dès mon stage de 5^e année.

Au Dr Pierre Bredeloux, co-directeur de thèse,

Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger ma thèse. Je vous remercie pour vos relectures et votre disponibilité.

Au Dr Ludivine Cheik, membre du jury,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Je vous remercie pour la formation qui, par le hasard, nous a permis de nous rencontrer.

Au Dr Marion Husson, membre du jury,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Je vous remercie d'avoir pris le temps pour me parler de vos projets sur la prise en charge du tabagisme.

A M. Gaborit,

Je vous remercie de votre disponibilité et de m'avoir éclairé sur les statistiques.

A Mme Dominique Callu, Dr Isabelle Gabriel et Mme Françoise Travers,

Je vous remercie de m'avoir aidé à diffuser les questionnaires et pu répondre à mes interrogations.

Aux patients et aux soignants,

Merci d'avoir bien voulu répondre aux questionnaires, sans vous ma thèse n'aurait jamais pu se faire.

A mes parents,

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous remercie de votre soutien et de m'avoir permis de faire les études que je souhaitais.

A Elise, ma compagne,

Je te remercie de m'avoir soutenu et motivé pour écrire cette thèse. Merci d'être à mes côtés chaque jour.

A ma famille, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, à Georges, à Jean-Jacques, ...

Je vous remercie pour ces bons moments passés autour d'une bonne table. A très vite pour se retrouver tous ensemble dès que possible.

A ma belle-famille,

Je vous remercie de votre accueil et de votre soutien.

A la contrebande Anne-Laure, Armand, Charles, Constance, Florian, Laurent, Nadège, A Youssef, mon parrain de pharmacie,

Que de bons moments passés pour rire, pour jouer, pour s'entraider.

Merci pour les soirées passées et surtout à venir !

A M. et Mme Brosset, Catherine et Nathalie,

Je vous remercie de m'avoir accueilli pour mes stages. Je vous remercie de m'avoir formé, ce qui m'a permis de devenir le pharmacien que je suis.

A la pharmacie de la Guérinière, Mme Avoine-Cousinard, Annabelle, Delphine, Eda, Marie-Laure, Nathalie et Océane,

Je vous remercie de votre accueil et de ses bons moments passés à la pharmacie malgré les circonstances particulières.

*A mes grands-parents, Raymonde et Daniel, Carmen et Louis, à ma tante Nirina,
Je pense que vous seriez fier qu'un pharmacien soit dans la famille.*

Table des matières

Remerciements	5
Table des matières	7
Liste des abréviations	10
Liste des figures	11
Liste des tableaux.....	13
Liste des annexes.....	15
Introduction.....	16
1 Le tabac.....	17
1.1 Epidémiologie en France	17
1.2 Les modes de consommations du tabac fumé	18
1.3 La nicotine	20
1.3.1 L'absorption	20
1.3.2 La distribution.....	20
1.3.3 La métabolisation.....	20
1.3.4 L'élimination	20
1.4 La toxicité du tabac chez le fumeur actif.....	21
1.4.1 La nicotine	21
1.4.2 Les autres composants du tabac	21
1.5 Les décès liés aux tabac	22
2 L'addiction	22
2.1 Généralités	22
2.1.1 Définitions	22
2.1.2 La neurobiologie de l'addiction.....	23
2.1.3 Les trois piliers de l'addiction (24).....	24
2.2 La dépendance tabagique	25
2.2.1 Les trois éléments de la dépendance tabagique.....	25
2.2.2 Les renforcements de l'addiction tabagique (6)	25
2.2.3 Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (28)	26
2.3 Le tabagisme et la polyconsommation	27
2.3.1 Définitions	27
2.3.2 Epidémiologie des polyconsommateurs en France.....	27

3	Le sevrage tabagique	28
3.1	Définition	28
3.2	Quelques chiffres.....	28
3.3	Les méthodes du sevrage tabagique.....	28
3.3.1	Les traitements médicamenteux actuels en France.....	29
3.3.2	La cigarette électronique.....	31
3.3.3	Les méthodes non médicamenteuses recommandées par la HAS.....	31
3.3.4	Autres méthodes.....	33
4	Les tests réalisables chez le fumeur	35
4.1	L'évaluation de la dépendance physique à la nicotine.....	35
4.1.1	Le test de Fagerström.....	35
4.1.2	Le test de Fagerström simplifié	36
4.2	L'évaluation des marqueurs biologiques	36
4.2.1	Le dosage du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré	36
4.2.2	Le dosage de la cotinine	36
4.3	L'évaluation des comorbidités psychiatriques	37
4.4	L'évaluation des codépendances	37
4.4.1	La consommation d'alcool	37
4.4.2	La consommation de cannabis	38
5	Enquête : Prise en charge du tabagisme dans les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie de l'Indre-et-Loire.....	39
5.1	Matériel et méthode.....	39
5.1.1	Objectifs.....	39
5.1.2	Les lieux de l'enquête	39
5.1.3	Recrutement	40
5.1.4	Elaboration des questionnaires.....	41
5.1.5	Diffusions des questionnaires	41
5.1.6	Analyse des résultats.....	42
5.2	Résultats des questionnaires à destination des patients	42
5.2.1	Nombre de réponses de patients exploitables	42
5.2.2	Caractéristiques des patients.....	43
5.2.3	Informations sur le sevrage tabagique	46
5.2.4	Patients fumeurs, en cours de sevrage tabagique ou anciens fumeurs	49
5.2.5	Patients actuellement fumeurs ou en cours de sevrage tabagique.....	53

5.3	Résultats des questionnaires à destination des soignants	57
5.3.1	Nombre de réponses exploitables des soignants.....	57
5.3.2	Présentation des soignants.....	57
5.3.3	Prise en charge du tabagisme	61
5.3.4	Personnel soignant fumeur	64
5.4	Résultats du quiz sur les connaissances et croyances.....	67
5.4.1	Questions posées	67
5.4.2	Résultats des réponses	68
5.5	Forces et faiblesses des deux enquêtes	69
5.5.1	Forces de l'enquête :	69
5.5.2	Faiblesses de l'enquête :	69
5.6	Discussion	69
5.6.1	Tabagisme dans les centres	69
5.6.2	Le sevrage tabagique	70
5.6.3	Informations supplémentaires sur le sevrage tabagique.....	87
5.6.4	Croyances et connaissances sur la prise en charge du tabagisme	90
	Conclusion.....	92
	Bibliographie.....	93
	Annexes.....	100

Liste des abréviations

ANAS : Association nationale d'action sociale de la police nationale et des personnels du Ministère de l'Intérieur

AUDIT (questionnaire) : *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAST (questionnaire) : *Cannabis Abuse Screening Test*

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CIM-10 : Dixième révision de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes

CO : Monoxyde de carbone

DETA (questionnaire) : questionnaire Diminuer, Entourage, Trop, Alcool, traduit de l'anglais CAGE (questionnaire) : *Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener*

DIU : Diplôme interuniversitaire

DSM-5 : Cinquième édition du « *Diagnostic and Statistical Mental disorders* », traduit par Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EM : Entretien motivationnel

HAS : Haute autorité de santé

HAD (test) : *Hospital Anxiety Depression Scale*

HSI (test) : *Heaviness of Smoking Index* ou test de Fagerström simplifié

INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNLT : Programme national de lutte contre le tabac

RESPADD : Réseau de prévention des addictions

RSA : Revenu de solidarité active

TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

TSN : Traitements de substitution nicotinique

SFA : Société française d'alcoologie

SFT : Société francophone de tabacologie

SPA : Substance psychoactive

SSR-A : Soins de suite et de réadaptation en addictologie

Liste des figures

Figure 1 : Evolution de 2014 à 2019 de la prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe de la population française de 18 à 75 ans (7)	17
Figure 2 : Ventes totales de tabac (en tonnes) et répartition entre cigarettes, tabac à rouler et autres tabacs en France présentées par l'OFDT en 2019 (10)	18
Figure 3 : Principales complications du tabagisme actif (16).....	21
Figure 4 : Modèle traduit des quatre circuits impliqués dans la dépendance présenté par Volkow (25)	23
Figure 5 : Cycle des étapes du changement d'après Prochaska et DiClemente (28) issu de la Haute autorité de santé (HAS) (29)	26
Figure 6 : Représentation (en %) des polyconsommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis selon l'âge et le sexe en 2014 (31).....	27
Figure 7 : Ventes de traitements pour l'arrêt du tabac présentées par l'OFDT (10) .	28
Figure 8 : Méthode d'un cercle vicieux (43)	32
Figure 9 : Questions et réponses du test de Fagerström selon la HAS (26).....	35
Figure 10 : Test de Fagerström simplifié issu du dossier de tabacologie (59)	36
Figure 11 : Questionnaire DETA présenté par la HAS en 2014 (26)	37
Figure 12 : Questionnaire CAST issu de la HAS en 2014 (26).....	38
Figure 13 : Carte représentant la localisation des trois centres étudiés à l'aide de Google Maps (65).....	39
Figure 14 : Age des patients.....	43
Figure 15 : Statut tabagique des patients dans les trois centres étudiés.....	44
Figure 16 : Hospitalisations antérieures des patients en fonction des trois centres étudiés.....	45
Figure 17 : Informations reçues sur le sevrage tabagique selon le statut tabagique des patients.....	46
Figure 18 : Informations reçues sur le sevrage tabagique selon la période de séjour	46
Figure 19 : Patients informés sur le sevrage tabagique en fonction des professions	47
Figure 20 : Patients informés sur le sevrage tabagique en fonction de la formation des professionnels de santé.....	48
Figure 21 : Patients souhaitant davantage d'informations en fonction du statut tabagique.....	48
Figure 22 : Formes d'informations souhaitées sur le sevrage tabagique.....	49
Figure 23 : Age de la première cigarette	50
Figure 24 : Age de l'usage quotidien de la cigarette	50
Figure 25 : Consommation de tabac chez les patients étudiés.....	51
Figure 26 : Nombre d'arrêt(s) de plus d'une semaine effectué(s) par les patients....	51

Figure 27 : Durée de sevrage tabagique la plus longue chez les patients interrogés	52
Figure 28 : Médicaments utilisés par les patients	52
Figure 29 : Méthodes non médicamenteuses utilisées pour l'arrêt du tabac	53
Figure 30 : Importance envers l'arrêt du tabac des patients en fonction de leur statut tabagique sur une échelle de 0 à 10.....	54
Figure 31 : Confiance des patients dans leur capacité à arrêter de fumer en fonction de leur statut tabagique sur une échelle de 0 à 10	54
Figure 32 : Interprétation des résultats du test de Fagerström selon le statut tabagique des patients	56
Figure 33 : Age des soignants	57
Figure 34 : Répartition des soignants selon leur situation professionnelle	58
Figure 35 : Nombre de soignants en fonction du nombre d'années d'expérience en SSR-A	58
Figure 36 : Statut tabagique des personnels soignants dans les trois centres étudiés	59
Figure 37 : Statut tabagique en fonction de la situation professionnelle	59
Figure 38 : Diplôme et/ou formation des soignants	60
Figure 39 : Proposition pour arrêter le tabac	61
Figure 40 : Proposition à l'arrêt du tabac selon la période de séjour du patient	61
Figure 41 : Formes présentant l'arrêt du tabac.....	62
Figure 42 : Prescriptions des soignants en fonction des TSN	62
Figure 43 : Méthodes non médicamenteuses proposées par les soignants	63
Figure 44 : Facilité à parler du tabac sur une échelle de 0 à 10	63
Figure 45 : Nombre d'arrêt(s) de plus d'une semaine effectué(s) par les soignants .	65
Figure 46 : Importance envers l'arrêt du tabac des soignants en fonction de leur statut tabagique sur une échelle de 0 à 10.....	65
Figure 47 : Confiance des soignants dans leur capacité à arrêter de fumer en fonction de leur statut tabagique sur une échelle de 0 à 10	66
Figure 48 : Interprétation des résultats du test de Fagerström selon le statut tabagique des soignants	67
Figure 49 : Algorithme du dépistage à la mise en place d'un traitement aidant au sevrage tabagique selon la HAS en 2014 (33)	72
Figure 50 : Algorithme sur l'intervention brève en fonction du stade de motivation du fumeur issu de la HAS en 2015 (26).....	73
Figure 51 : Lien entre la consommation d'alcool et de tabac selon les signaux environnementaux et internes (95)	77
Figure 52 : Conseils à donner selon les symptômes du syndrome de sevrage de nicotine issus de la HAS (26).....	81
Figure 53 : Modélisation de l'entretien motivationnel	85

Liste des tableaux

Tableau I : Traitements recommandés en première intention selon la HAS en 2014 (33)	28
Tableau II : Les colonnes de Beck.....	32
Tableau III : Nombre de patients ayant répondu à l'enquête	42
Tableau IV : Nombre de femmes et d'hommes ayant répondu à l'enquête	43
Tableau V : Situation(s) professionnelle(s) actuelle(s) des patients	43
Tableau VI : Statut tabagique des patients dans les centres étudiés	44
Tableau VII : Nombre de motifs d'hospitalisation.....	44
Tableau VIII : Nombre de patients selon le motif d'hospitalisation.....	44
Tableau IX : Les autres motifs d'hospitalisation.....	45
Tableau X : Autres sources d'informations des patients	47
Tableau XI : Ages des patients lors de la première cigarette et de l'usage quotidien	49
Tableau XII : Détail des personnes ayant répondu « Autres méthodes de sevrage »	53
Tableau XIII : Motivations et craintes des patients face à l'arrêt du tabac	55
Tableau XIV : Autres motivations des patients	55
Tableau XV : Autres craintes des patients.....	55
Tableau XVI : Nombre de soignants ayant répondu à l'enquête.....	57
Tableau XVII : Répartition des femmes et des hommes en fonction des centres étudiés	57
Tableau XVIII : Nombre de personnes ayant une autre situation professionnelle	58
Tableau XIX : Les différents types de formation(s) des soignants.....	60
Tableau XX : Type(s) de formations souhaitées par les soignants.....	64
Tableau XXI : Ages des soignants lors de la première cigarette et de l'usage quotidien	64
Tableau XXII : Motivations et craintes des soignants face à l'arrêt du tabac	66
Tableau XXIII : Réponses au quiz	67
Tableau XXIV : Résultats des réponses correctes des patients et des soignants	68
Tableau XXV : Bénéfices liés à l'arrêt du tabac selon tabac-info-service.fr (73).....	79
Tableau XXVI : Statut tabagique des patients	118
Tableau XXVII : Informations reçues sur le sevrage tabagique en fonction du statut tabagique des patients	119
Tableau XXVIII : Informations données par les soignants pour les patients fumeurs et en cours de sevrage au cours ou en fin de séjour	119
Tableau XXIX : Informations supplémentaires souhaitées par les patients selon leur statut tabagique	120

Tableau XXX : Informations supplémentaires souhaitées par les patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique	120
Tableau XXXI : Arrêt souhaité du tabac des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique.....	121
Tableau XXXII : Importance des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique	122
Tableau XXXIII : Confiance des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique	123
Tableau XXXIV : Importance dans l'arrêt du tabac en fonction des motivations et des craintes des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique	124
Tableau XXXV : Confiance dans l'arrêt du tabac en fonction des motivations et des craintes des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique.....	124
Tableau XXXVI : Proposition à l'arrêt du tabac par les soignants.....	125
Tableau XXXVII : Facilité des soignants à parler du tabac	126
Tableau XXXVIII : Informations supplémentaires souhaitées par les soignants	127
Tableau XXXIX : Bonnes réponses des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique.....	128
Tableau XL : Nombre de réponses correctes en fonction de l'importance et de la confiance dans l'arrêt du tabac.....	128

Liste des annexes

Annexe 1 : Critères du trouble addictif d'après Goodman (20).....	100
Annexe 2 : Critères d'un trouble de l'usage d'une substance selon le DSM-5 (22)	101
Annexe 3 : Critères du syndrome de dépendance selon la CIM-10 (23)	102
Annexe 4 : Critères diagnostiques du syndrome de sevrage à la nicotine selon la CIM-10 (14)	103
Annexe 5 : Critères diagnostiques du sevrage tabagique selon le DSM-5 (22).....	104
Annexe 6 : Informations sur la cigarette électronique utilisée dans un objectif d'aide au sevrage tabagique (41).....	105
Annexe 7 : Questionnaire à destination des patients.....	109
Annexe 8 : Questionnaire à destination des soignants	113
Annexe 9 : Tableaux d'analyse des résultats	117

Introduction

« Un seul produit à la fois ! » Voilà le message dogmatique véhiculé dans les centres de sevrage alcoolique il y a quelques années. Aujourd'hui, nous savons que la consommation d'un produit est le plus souvent liée à une autre. Par exemple, selon le Pr Aubin, « les gros fumeurs boivent plus que les petits fumeurs et, inversement, les gros buveurs fument plus que les petits buveurs ». (1) La surmortalité causée par le tabac chez ces patients, même abstinents à l'alcool, est supérieure à la population générale. (2) Plus de 80% de personnes dépendantes à une substance psychoactive (SPA) sont fumeuses. (3)

Cette liaison complexe entre les SPA et le patient impacte sa prise en charge. Il est indispensable de faire réfléchir globalement les patients polyconsommateurs sur leur état de dépendance. (4)

Nous avons donc voulu savoir comment se déroulait en pratique la prise en charge du tabagisme dans les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSR-A). Ce lieu propice au sevrage des addictions est-il aussi le lieu du sevrage tabagique ? Quelle place est-elle accordée au tabac ?

Pour répondre à cette problématique, nous avons utilisé la méthode utilisée par le Dr Ludvine Cheik en 2012 dans sa thèse de pharmacie pour connaître la « Place de la prise en charge du tabac au sein du CSAPA 37 ». (5) Nous avons voulu poser un double regard en élaborant deux enquêtes, l'une à destination des patients et l'autre à destination des soignants. Celles-ci se sont déroulées en Indre-et-Loire dans les trois centres de SSR-A : le centre de l'Association nationale d'action sociale de la police nationale et des personnels du Ministère de l'Intérieur (ANAS) Le Courbat, le centre hospitalier Louis Sevestre et le centre Malvau.

Qui sont les fumeurs dans ces centres ? Quelles sont les informations reçues par les patients ? Et quelles sont celles données par les soignants ? Quelles informations supplémentaires sur le sevrage tabagique souhaiteraient les soignants et les patients ? Quelles sont leurs croyances et leurs représentations sur le tabagisme et sa prise en charge ?

Tant de questions auxquelles nous avons tenté de répondre lors de la réalisation de cette thèse. Nous avons également recherché les motivations et les craintes des patients fumeurs et en cours de sevrage, essentielles à identifier et à faire verbaliser pour mieux appréhender leur prise en charge.

Dans une première partie, nous avons réalisé un bref rappel sur le tabac, l'addiction et le sevrage tabagique. Puis, nous avons présenté l'enquête ainsi que les résultats obtenus. Pour finir, nous avons établi la discussion en quatre axes : le tabagisme dans les centres, le sevrage tabagique, les informations supplémentaires souhaitées sur ce sujet ainsi que les représentations des patients et des soignants. Tout au long de cette discussion, seront mises en lumière les réponses sur le test de connaissances réalisé lors de l'enquête.

1 Le tabac

Le tabac est une plante de la famille des Solanacées. Il appartient au genre *Nicotiana*. L'espèce la plus cultivée dans le monde est *Nicotiana tabacum*.

La partie utilisée du tabac est l'ensemble des feuilles. Leur mode de séchage conduit à différentes variétés de tabac, notamment :

- Les tabacs bruns ou Dark air-cured correspondent à des feuilles de tabac séchées à l'air ou au feu. Ils rentrent dans la composition des cigarettes françaises traditionnelles.
- Les tabacs blonds ou Light air-cured sont obtenus en séchant les feuilles de tabac pendant une semaine à l'air chaud. Ce sont les tabacs les plus consommés au monde.
- Les tabacs d'orient ou Sun-cured sont des tabacs clairs séchés au soleil. (6)

1.1 Epidémiologie en France

En 2019, 30,4% de la population française de 18 à 75 ans fume du tabac soit 34,6% des hommes et 26,5% des femmes. La prévalence du tabagisme quotidien est de 24,0% en 2019. Une baisse significative du nombre de fumeurs quotidiens est observée entre 2014 et 2019. (7)

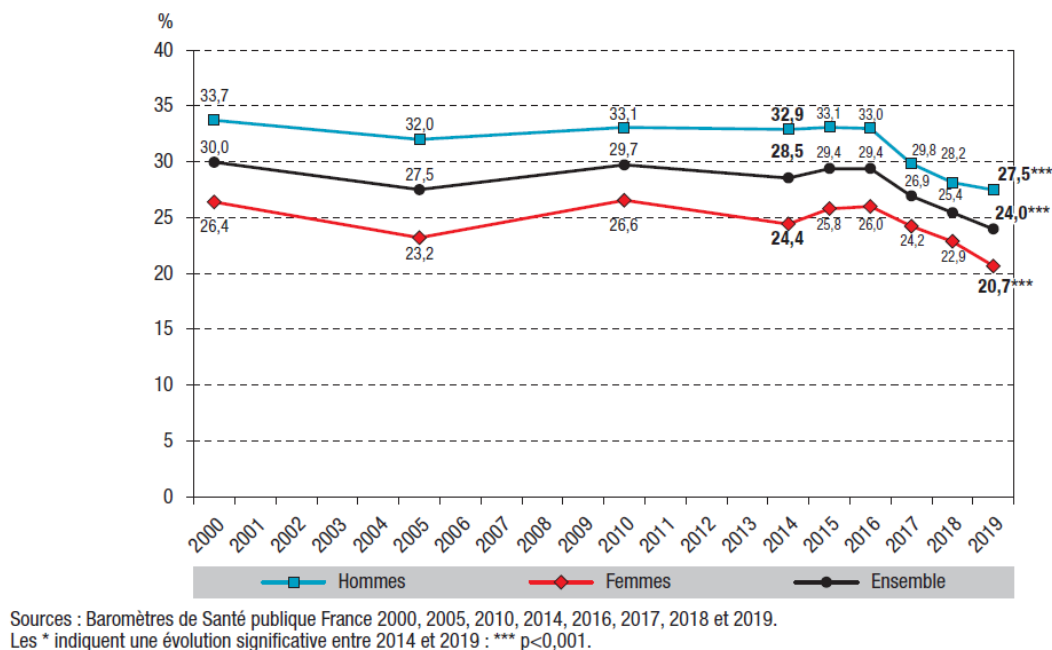


Figure 1 : Evolution de 2014 à 2019 de la prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe de la population française de 18 à 75 ans (7)

Le nombre de personnes n'ayant jamais fumé a augmenté significativement entre 2014 et 2019. (7)

L'usage quotidien de cigarettes diminue également chez les lycéens passant de 23,2% en 2015 à 17,5% en 2018. Cette baisse s'observe également en fonction du pourcentage de lycéens ayant déjà expérimenté la prise de cigarettes. (8)

Chez les jeunes de 17 ans en 2017, l'âge moyen de la première cigarette est de 14,4 ans et l'âge de l'usage quotidien est de 15,1 ans. Ces deux âges moyens ont augmenté entre 2014 et 2017. Cependant, le passage de l'expérimentation à l'usage quotidien de cigarettes est passé de 22 mois en 2007 à 13 mois en 2017. (9)

Malgré une augmentation de l'âge de la première cigarette par rapport en 2014, un collégien sur cinq a déjà fumé et 2,6 % fument quotidiennement en 2018. (8)

1.2 Les modes de consommations du tabac fumé

En France, le tabac est consommé principalement sous forme inhalée. Il existe différents dispositifs pour fumer le tabac, présentés ci-après. Un aperçu de la consommation en France en 2019 est présenté dans « Tabagisme et arrêt du tabac en 2019 » par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (Figure 2). (10) Depuis de nombreuses années, la majorité du tabac est vendue sous forme de cigarettes.

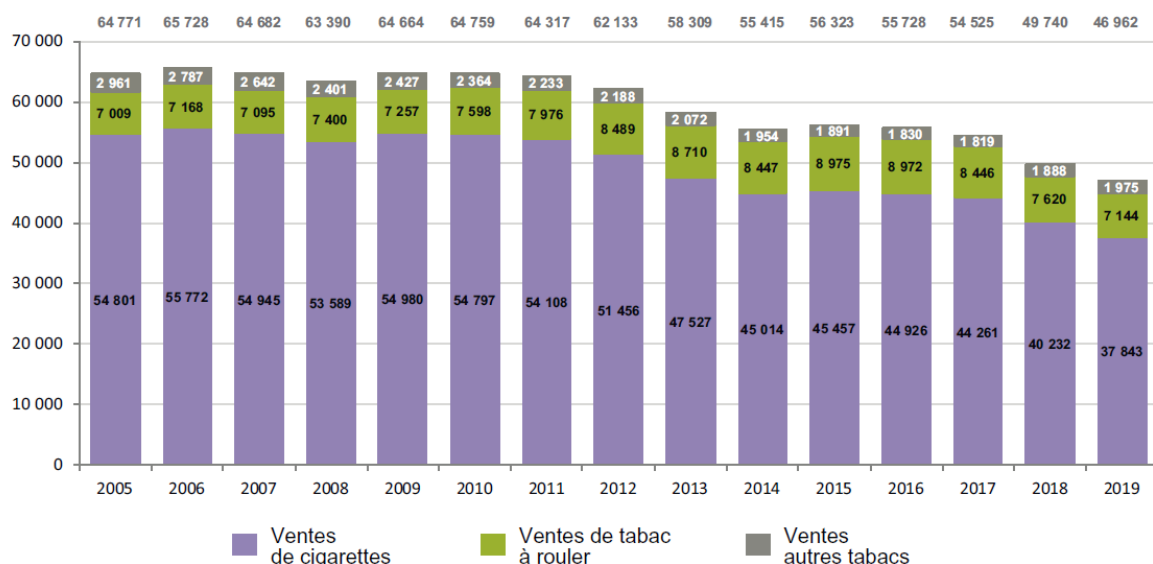


Figure 2 : Ventes totales de tabac (en tonnes) et répartition entre cigarettes, tabac à rouler et autres tabacs en France présentées par l'OFDT en 2019 (10)

(France continentale de 2005 à 2018, depuis 2019 la Corse est incluse)

↳ Les cigarettes

La cigarette est la forme la plus achetée en France (10). C'est un cylindre en papier contenant à l'intérieur des feuilles de tabac hachées et traitées. Elle est munie en général d'un filtre.

La cigarette n'est pas seulement composée de tabac mais aussi d'autres composants appelés additifs. Ils sont nombreux et utilisés pour différentes raisons. Des agents humectants (glycérol, propylène glycol,...) sont présents. Les cigarettes contiennent également des agents de combustion pour améliorer la combustion via les nitrates. Des aromatisants composent les cigarettes, notamment le menthol, le cacao. On retrouve de l'ammoniac qui est utilisé également comme aromatisant et pour améliorer l'absorption de la nicotine. (11)

- Cigarettes manufacturées

Elles sont vendues toutes faites en paquets. Celles-ci sont réalisées par les nombreuses industries du tabac. Leur composition varie en fonction de la volonté de l'industriel.

- Cigarettes roulées / tubées

Les cigarettes peuvent être réalisées directement par le fumeur grâce au tabac à rouler. Il existe deux techniques pour obtenir ce type de cigarettes :

- Manuelle pour les cigarettes roulées
- A l'aide d'un appareil, la « tubeuse », pour l'obtention des cigarettes tubées. Cela permet de les fabriquer plus rapidement que de les rouler à la main.

Le tabac roulé est moins cher que les cigarettes manufacturées.

- ↳ La pipe (11)

La pipe est constituée de deux parties : le tuyau permettant d'aspirer la fumée et le fourneau dans lequel est mis le tabac, le plus souvent blond, préalablement trempé dans une solution aromatique.

- ↳ Les cigares (11)

Les cigares sont composés principalement de feuilles de tabac, le plus souvent brun et sans additif.

- ↳ Les cigarillos (11)

Les cigarillos ont une taille intermédiaire entre la cigarette et le cigare.

- ↳ Le narguilé (11,12)

Le narguilé, appelé aussi chicha, est une pipe à eau permettant de fumer plus longtemps qu'avec une cigarette. En effet, une chicha est fumée en presque une heure. Le fumeur inhale de grandes quantités de bouffées du produit. En général, le tabac est associé à de la mélasse, des arômes, des agents de texture et des conservateurs.

1.3 La nicotine

La nicotine est majoritairement contenue dans les feuilles de tabac. Cette molécule est un alcaloïde ayant des propriétés pharmacologiques impliquées dans le phénomène de dépendance. (11) La pharmacocinétique de la nicotine varie selon plusieurs facteurs tels que l'âge, le sexe, le régime alimentaire et les traitements médicaux. (11,13)

1.3.1 L'absorption

Elle est rapide par voie orale, cutanée et respiratoire. Elle est améliorée lorsque le pH est basique. C'est pourquoi l'ammoniac est utilisé en additif dans la composition des cigarettes. L'absorption de la nicotine dépend également du type de tabac fumé. En effet, la nicotine du tabac brun ayant une fumée alcaline est absorbée par les muqueuses buccales contrairement à celle du tabac blond. Ainsi, la nicotine du tabac blond doit être inhalée pour être en contact de la muqueuse bronchique.

1.3.2 La distribution

La nicotine arrive jusqu'au cerveau en sept secondes lorsqu'elle est inhalée. Elle passe par le système veineux pulmonaire puis directement dans la circulation générale. Tout au long de la journée, il se produit une succession de pics de nicotine. Ainsi, le fumeur a un taux de nicotine dans le sang qui va augmenter au cours de la journée. Ceci est possible car il reste une part de nicotine de la bouffée précédente. La nuit, si l'individu ne fume pas, la nicotémie revient à zéro et les récepteurs de la nicotine se resensibilisent. Au contraire au cours de la journée, les récepteurs nicotiniques se désensibilisent à cause du phénomène de tolérance.

La demi-vie d'élimination de la nicotine est d'environ 2 heures. Mais une variabilité interindividuelle est observée.

La nicotine a une affinité pour certains organes notamment le foie, les reins, la rate, les poumons et le cerveau. Cette molécule traverse la barrière placentaire et passe dans le lait maternel.

1.3.3 La métabolisation

La nicotine est principalement métabolisée au niveau du foie via le cytochrome P450 2A6 pour former en majorité la cotinine. La métabolisation de la nicotine se réalise également dans les reins et les poumons. Cette molécule est au final métabolisée à hauteur de 85 à 95%. La nicotine est également un inducteur enzymatique. Ceci entraîne donc des modifications lorsque le fumeur prend des médicaments.

1.3.4 L'élimination

La nicotine et ses métabolites sont éliminés quasi-exclusivement par les urines.

1.4 La toxicité du tabac chez le fumeur actif

1.4.1 La nicotine

L'intoxication aiguë à la nicotine est décrite comme entraînant des troubles du comportement ou de la perception : « insomnie, rêves bizarres, labilité de l'humeur, déréalisation, interférence avec le fonctionnement personnel ». De plus, au moins l'une des manifestations apparaît : « nausées ou vomissements, transpiration, tachycardie, arythmie cardiaque ». Ces signes sont référencés dans le chapitre V de la dixième révision de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). (14)

La nicotine est notamment responsable de la dépendance tabagique, revue dans la partie 2.2. Selon l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) en 2016, aucune donnée n'a montré que la nicotine seule est cancérogène. (13) Cependant, elle pourrait provoquer des événements cardiovasculaires aigus chez les personnes souffrant déjà de maladies cardiovasculaires. De plus, elle pourrait accélérer la production de plaques d'athérome chez les fumeurs quotidiens. (15)

1.4.2 Les autres composants du tabac

La toxicité du tabagisme est liée à la durée, au nombre de cigarettes fumées ou autre produit contenant du tabac et à la teneur en goudrons absorbés. (11)

Les particules toxiques inhalées sont de différentes tailles. Les plus grosses restent au niveau des voies aériennes supérieures. De plus, elles sont plus difficiles à éliminer car elles altèrent le système d'épuration tandis que les particules les plus fines passent dans la circulation générale et atteignent de multiples organes. (16) Ainsi, le tabagisme chronique a un impact néfaste sur l'organisme (Figure 3). Les principales complications sont les cancers, les pathologies cardiovasculaires et respiratoires.

Types de complications	Caractéristiques des complications
Cancers	Poumons : le plus fréquent, lié au tabac dans 90 % des cas Autres : langue, larynx, pharynx, œsophage, rein, vessie, pancréas, estomac
Cardiovasculaires	Infarctus du myocarde augmenté, surtout avant l'âge de 45 ans Accident vasculaire cérébral (AVC), anévrisme de l'aorte, artérite des membres inférieurs
Respiratoires	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) Aggravation d'un asthme préexistant
Reproduction	Impuissance chez l'homme Baisse de la fertilité chez la femme
Osseuses	Fractures pathologiques et d'ostéoporose post-ménopausique augmentées
Peau et phanères	Dessèchement de la peau, accentuation des rides, ongles et cheveux cassants
Infections	Infections bactériennes
Grossesse	Fausse couche, grossesse extra-utérine, retard de croissance du fœtus Faible poids de naissance

Figure 3 : Principales complications du tabagisme actif (16)

1.5 Les décès liés aux tabac

En France, en 2015, le nombre de décès liés au tabac est estimé à près de 75 000 sur les 580 000 décès. Cela représente 19,3% des hommes décédés et 6,9% des femmes décédées. Cette étude a également montré qu'entre 2000 et 2015, le nombre de décès attribuables au tabac chez les femmes a été multiplié par 2,5. En revanche durant la même période, celui des hommes a diminué de 11%. Les cancers sont à l'origine de 61,7% des décès attribuables au tabac. Les plus représentés sont les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures. Les pathologies non cancéreuses responsables des décès attribuables au tabagisme sont en majorité des pathologies cardio-vasculaires et respiratoires. (17)

2 L'addiction

2.1 Généralités

2.1.1 Définitions

Le mot « addiction » est issu de l'anglais *to addict* lui-même emprunté du bas latin *addictus* « abandonné ». Ce dernier vient de *ad-* et *dicere* se traduisant « livrer, fournir ». Au Moyen-Age, le terme *addictio* était utilisé en droit pour signifier la « contrainte par corps d'un débiteur défaillant ». L'individu endetté devenait ainsi esclave du créancier. (18)

Aujourd'hui, l'addiction correspond à « une impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce dernier en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ». L'addiction est liée à une substance addictive (alcool, tabac, héroïne, ...) ou comportementale (jeux d'argent et de hasard, sexuelle,...). (19)

La définition précédemment citée se retrouve dans les travaux de Goodman en 1990. Il a élaboré des critères permettant de définir le trouble addictif (Annexe 1). (20)

Actuellement, le diagnostic de l'addiction, ou dépendance, se fait à partir de deux classifications internationales répertoriant les troubles mentaux : le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et la CIM-10. (21)

❖ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (22)

Il s'agit du DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Mental disorders*). Il a été publié par l'association américaine de psychiatrie en 2013. Une partie traite des troubles liés à une substance et des troubles addictifs. Avant 2013, le DSM-IV différenciait les diagnostics d'abus de substances et de dépendance. A présent, le DSM-5 parle de troubles de l'usage des substances psychoactives. La sévérité de ces troubles est établie en fonction du nombre de critères présents (Annexe 2). De plus, il comprend une partie sur les troubles non liés à des substances, représentés par le trouble lié au jeu d'argent. Ensuite, ce manuel détaille le trouble de l'usage de la substance et le sevrage de celle-ci. Il décrit notamment les troubles liés au tabac que nous verrons après.

❖ CIM-10

Elle provient de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle décrit dans le chapitre V les « Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives ». Cette classification distingue les comportements de consommations. En effet, elle fait notamment la différence entre l'usage nocif et la dépendance. (23)

Pour caractériser un syndrome de dépendance, il faut que l'utilisateur présente au moins trois des six manifestations décrites en Annexe 3 en même temps au cours de l'année en cours.

2.1.2 La neurobiologie de l'addiction

Les drogues viennent mimer les neuromédiateurs naturels pour se fixer sur différents récepteurs dopaminergiques, GABAergiques, opioïdes, cannabinoïdes et cholinergiques. Cela entraîne une altération du fonctionnement physiologique de ces récepteurs notamment au niveau du circuit de la récompense. (24)

Le circuit de l'addiction a notamment été décrit par Volkow. Il a présenté un modèle mettant en évidence les circuits cérébraux impliqués dans l'addiction (Figure 4). Quatre circuits sont concernés :

Le circuit de la récompense : localisé dans le noyau accumbens et le pallidum ventral.
Le circuit de la motivation, de l'entraînement : situé dans le cortex orbito-frontal et le cortex sous-calleux.

Le circuit de la mémoire, de l'apprentissage : localisé au niveau des amygdales et de l'hippocampe.

Le circuit du contrôle : situé dans le cortex préfrontal et le gyrus cingulaire antérieur.

Ces quatre circuits sont directement innervés par des neurones dopaminergiques. De plus, ils sont connectés entre eux de façon directe et indirecte notamment par des projections glutamatergiques. Lorsque l'addiction est mise en place, les quatre circuits vont fonctionner autrement. En effet, la valeur du produit addictif est si importante dans les circuits de la récompense, de la motivation et de la mémoire que le contrôle ne va plus être exercé par le cortex préfrontal. Une boucle rétroactive positive va donc se mettre en place et être perpétuée par l'augmentation de l'activation des circuits de la motivation et de la mémoire. (25)

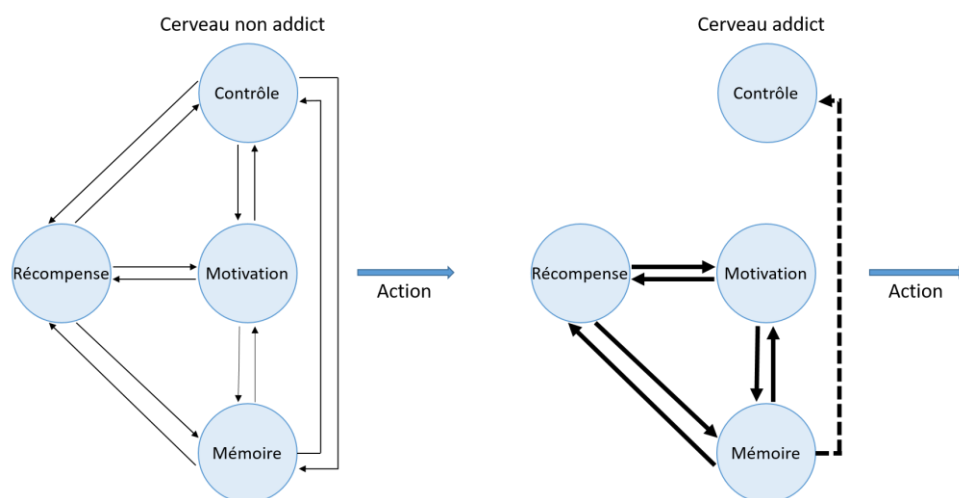


Figure 4 : Modèle traduit des quatre circuits impliqués dans la dépendance présenté par Volkow (25)

2.1.3 Les trois piliers de l'addiction (24)

L'addiction à une substance repose sur trois piliers : le produit, l'individu et son environnement.

❖ Le produit

L'addiction liée à une substance dépend du potentiel addictif de celle-ci. Plus il est important, plus le nombre de consommateurs dépendants est élevé. Le produit consommé peut avoir des conséquences sur le comportement des usagers. De plus, le potentiel d'intoxication est également un facteur de risque de complications.

❖ L'individu

Le Pr Raynaud a considéré que l'individu a quatre types de facteurs de vulnérabilité : génétiques, biologiques, psychologiques et psychiatriques.

En effet, il a été montré que la présence de certains polymorphismes d'allèles est corrélée à la présence d'une addiction.

De plus, les individus ayant une faible estime d'eux-mêmes et/ou des difficultés à interagir avec le monde extérieur sont plus favorables à avoir des usages nocifs de substances. Ce qui est le cas également des personnes, notamment des adolescents, étant à la recherche de sensations fortes et de nouveautés.

La dépendance est aussi liée aux maladies psychiatriques de l'utilisateur. Elle survient le plus souvent après les troubles psychiatriques mais peut arriver en même temps ou avant l'apparition de ces troubles.

❖ Les facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux correspondent notamment aux facteurs socio-culturels. Vivre dans un milieu défavorisé, être au chômage, l'exclusion scolaire, la marginalisation sont autant de facteurs responsables de l'initiation à la consommation de substances psychoactives.

L'environnement familial est également un des facteurs favorisants. En effet, les enfants et adolescents vivant au sein d'une famille où la consommation de drogues est habituelle sont plus à risque d'entrer dans une consommation abusive de substances. Le contexte familial peut aussi favoriser l'initiation de l'addiction (violences intrafamiliales, relations conflictuelles avec les parents).

De plus, le rôle des pairs (des amis) est important. L'individu est influencé par le groupe et recherche à appartenir à celui-ci. La consommation de SPA peut être initiée dans cette situation.

2.2 La dépendance tabagique

La dépendance tabagique est définie selon les critères de classification de la CIM-10 et du DSM-5. Les éléments ci-après présentent l'addiction du tabac sous une autre manière.

2.2.1 Les trois éléments de la dépendance tabagique

La dépendance au tabac a, comme la plupart des substances psychoactives, trois composantes : physique, comportementale et psychique. (26)

❖ La dépendance physique

Elle est liée à la nicotine qui a un fort potentiel addictif. Le fumeur va adapter sa consommation de tabac à sa nicotémie. Une tolérance va apparaître lorsque le fumeur consomme la même dose de nicotine qu'habituellement mais en ressent des effets moindres. De plus, si le patient n'a plus de nicotine dans le sang, le syndrome de manque apparaît.

❖ La dépendance comportementale

Elle est liée à l'environnement du fumeur. En effet, cela signifie que des interactions sociales, des habitudes, des lieux entraînent l'envie de fumer.

❖ La dépendance psychique

Elle est directement liée à la nicotine qui est une substance psychoactive. Elle procure des sentiments positifs tels que du plaisir, un effet anxiolytique, un effet coupe-faim. Ce type de dépendance est mis en place au début de la consommation et varie selon les fumeurs.

2.2.2 Les renforcements de l'addiction tabagique (6)

Dans la dépendance tabagique on retrouve deux renforcements, l'un positif et l'autre négatif. Ceux-ci entraînent la prise d'une nouvelle cigarette. Le renforcement positif est lié aux effets psychoactifs et à la sensation de plaisir suite à la dernière prise de tabac. Le renforcement négatif est dû aux premiers symptômes de sevrage suite à la diminution de la nicotémie avec la poursuite du comportement pour éviter les sensations négatives du manque (27).

2.2.3 Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (28)

Il présente les différentes étapes du changement. Au cours de la vie du fumeur, son comportement addictif va progresser en cinq étapes : pré-intention, intention, préparation, action, maintien.

- La pré-intention ou pré-contemplation : Le fumeur est en « lune de miel », il ne souhaite pas arrêter. Il ignore ou sous-estime ses problèmes à continuer de fumer.
- L'intention ou contemplation : Le fumeur est ambivalent. Il ne souhaite pas arrêter de fumer mais s'aperçoit des inconvénients. Cette phase peut durer de nombreuses années.
- La préparation : Le fumeur aimerait arrêter de fumer et s'intéresse aux moyens pour y arriver. Il commence à changer de comportement et souhaite passer à l'action dans un avenir proche.
- L'action : Le fumeur change de comportement et donc arrête de fumer.
- Le maintien : Le patient est maintenant un ancien fumeur. Il met tout en œuvre pour pérenniser son arrêt et éviter les rechutes.

Ces étapes peuvent se schématiser en spirale ou en cycle (Figure 5). En effet, pour certains, la phase de maintien ne dure pas à cause d'une rechute. Ainsi, l'individu revient à une étape antérieure, notamment celle de contemplation. Il pourra repasser par les étapes suivantes pour à nouveau être en phase de maintien. De plus, il aura appris de ses étapes passées.

Le modèle permet de situer le fumeur et d'ajuster le discours.

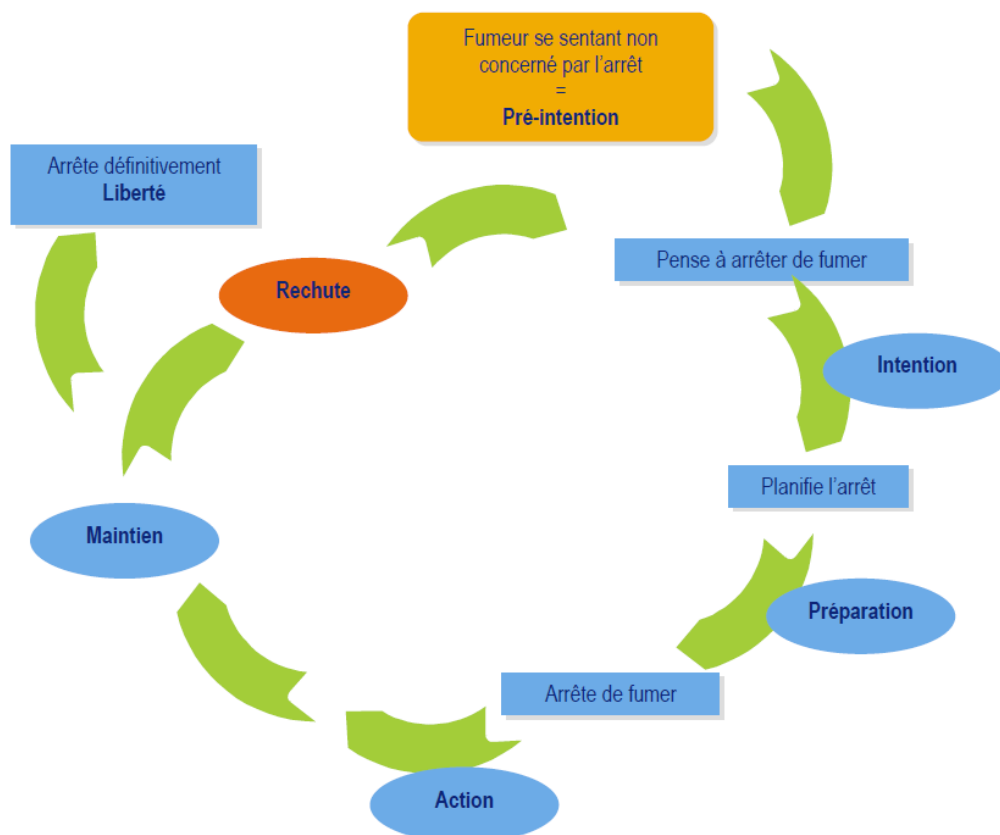


Figure 5 : Cycle des étapes du changement d'après Prochaska et DiClemente (28) issu de la Haute autorité de santé (HAS) (29)

2.3 Le tabagisme et la polyconsommation

2.3.1 Définitions

La polyconsommation est la prise régulière d'au moins deux SPA. Les consommations peuvent être simultanées ou se succéder dans le temps. La consommation d'un des produits peut prédominer sur d'autres. Le consommateur peut avoir un comportement d'usage différent selon chaque SPA. (26)

La polyaddiction signifie que le consommateur est dépendant ou à un usage abusif en vers plusieurs SPA.

La polytoxicomanie signifie la consommation de SPA, avec au moins un produit illicite, le plus souvent de façon abusive et/ou dépendante.

Il existe deux manières de consommer régulièrement plusieurs substances, soit « par effet d'entraînement », soit pour « la recherche d'un effet euphorisant ou régulateur, voire d'une multiplication des effets psychoactifs des différents produits ou pour pallier un approvisionnement déficient en un produit ». (26)

La consommation de plusieurs substances psychoactives renforce leurs interactions et le risque de dépendance.

Lors des consultations, les polyconsommateurs n'indiquent régulièrement qu'un seul problème addictif. (26) C'est pourquoi, le professionnel de santé devra repérer les autres addictions, notamment le tabagisme qui est fréquent chez les polysusagers de drogues. En effet, 80% des personnes dépendantes à une ou plusieurs sont fumeuses. (3)

2.3.2 Epidémiologie des polyconsommateurs en France

Selon le rapport de l'OFDT de 2019 adressé à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, en 2014, 9,0% de la population adulte est polyconsommatrice, c'est-à-dire qu'elle consomme dans le mois au moins deux des trois substances : alcool, tabac et cannabis. En 2017, la proportion de jeunes âgés de 17 ans consommant les trois produits était de 1,9%. La polyconsommation la plus répandue des jeunes de 17 ans était la prise régulière de tabac et de cannabis qui représente 4,4%. Puis, les consommations régulières de tabac et d'alcool représentaient 2,8% chez les jeunes de 17 ans. (30) De plus, selon les données de l'OFDT de 2014 (Figure 6), la polyconsommation la plus fréquente est l'association alcool-tabac avec 6,2% de la population âgée de 18 à 64 ans. (31)

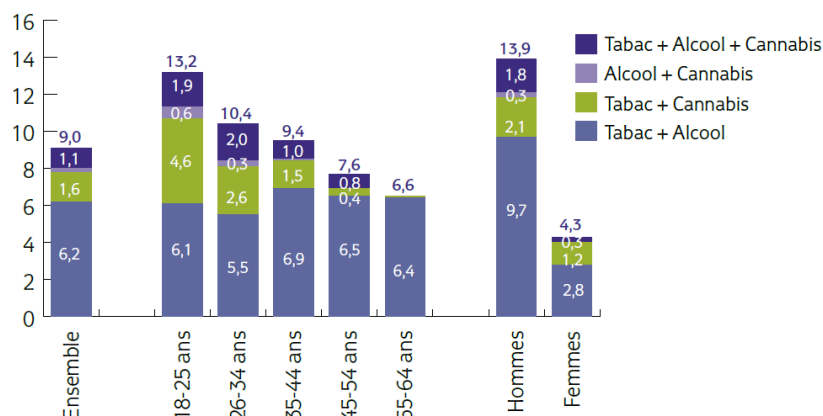


Figure 6 : Représentation (en %) des polyconsommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis selon l'âge et le sexe en 2014 (31)

3 Le sevrage tabagique

3.1 Définition

Le sevrage tabagique résulte de l'arrêt de la consommation de tabac entraînant des manifestations psychiques et physiques. Il en résulte un syndrome décrit dans la CIM-10 en Annexe 4 (14) et dans le DSM-5 en Annexe 5 (22).

3.2 Quelques chiffres

En 2019, environ 4,3 millions de personnes ont été traitées pour l'arrêt du tabac. Ceci équivaut à un tiers de plus qu'en 2018 et 3,5 fois plus qu'en 2000. (10,32) Depuis quelques années, cette augmentation importante est sans doute liée à la politique gouvernementale pour réduire le nombre de fumeurs. Par exemple, depuis 2019, les substituts nicotiniques peuvent être remboursés sans que le patient avance les frais. La diminution observée en 2014 est liée à l'essor de la cigarette électronique qui n'est pas comptabilisée dans ce graphique. (10)

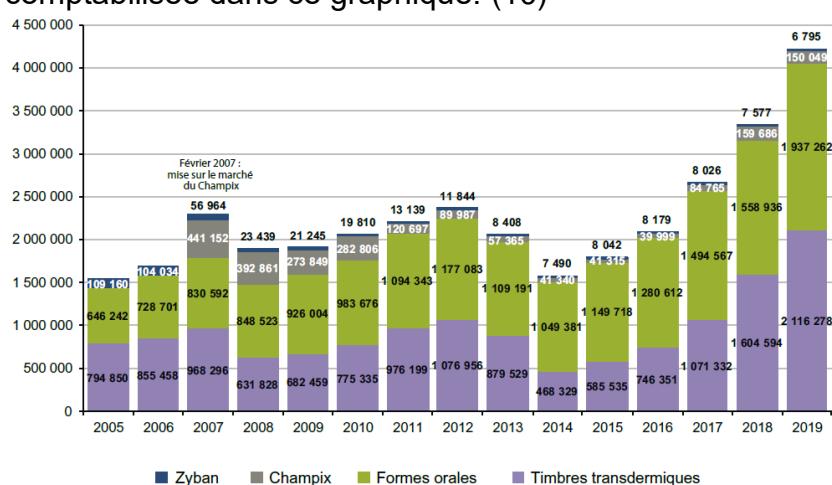


Figure 7 : Ventes de traitements pour l'arrêt du tabac présentées par l'OFDT (10)

En « équivalents patients traités » pour une durée moyenne de traitement d'un mois (soit 300 formes orales, 30 timbres transdermiques, 60 comprimés de Zyban® ou de Champix®)

3.3 Les méthodes du sevrage tabagique

L'arrêt du tabac peut se faire sans aide. Cependant, différentes méthodes sont utilisées pour améliorer la prise en charge du sevrage tabagique. Un soutien psychologique par un professionnel de santé permet de maintenir l'arrêt du tabac dans la durée. Les traitements médicamenteux peuvent également être associés notamment les traitements de substitution nicotinique (TSN).

Selon la Haute autorité de santé (HAS), ils sont « recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes. »

Elle recommande également les traitements de première intention (Tableau I). (33)

Preuve scientifique établie	Accompagnement : soutien psychologique, guidance, « <i>counselling</i> », thérapies cognitivo-comportementales (TCC)
	TSN
Présomption scientifique	Entretien motivationnel (EM)
	Soutien téléphonique Autosupport y compris par Internet

Tableau I : Traitements recommandés en première intention selon la HAS en 2014 (33)

3.3.1 Les traitements médicamenteux actuels en France

❖ Les TSN

Ils permettent de délivrer de la nicotine sans les molécules toxiques du tabac fumé. Ils sont à utiliser quotidiennement dans le but de réduire les symptômes de sevrage pour permettre *in fine* l'arrêt du tabac. (33)

Les TSN ont différentes formes galéniques selon leur pharmacocinétique.

En règle générale, un milligramme de nicotine contenu dans les TSN équivaut à une cigarette manufacturée. De plus, nous pouvons considérer qu'une cigarette roulée est égale à deux cigarettes manufacturées, qu'un joint vaut quatre cigarettes manufacturées et qu'un cigarillo équivaut à cinq cigarettes manufacturées. (34)

↳ Les dispositifs transdermiques

Appelés également patchs ou timbres, ils permettent une concentration de nicotine dans le sang relativement constante pour une durée de 16 ou 24 heures. Les dosages de nicotine sont différents selon la durée d'administration. Pour les dispositifs d'une durée de 16 heures, il existe le dosage de 10, 15 ou 25mg et pour les dispositifs d'une durée de 24 heures, les dosages sont de 7, 14 ou 21mg. (33)

En 2020, quatre laboratoires commercialisent ces dispositifs. Ainsi, pour un même dosage, il n'est pas possible de substituer une marque par une autre. En effet, la bioéquivalence entre les patchs à dosage égal n'a pas été démontrée. (35)

↳ Les formes orales

Contrairement aux formes transdermiques, les formes orales ont une durée d'action plus courte avec un pic de nicotémie plus rapide. Ainsi, le patient ajuste sa dose de nicotine selon sa situation. Il faudra être vigilant car la rapidité du pic nicotinique est une des raisons pour laquelle le tabac fumé est responsable de la dépendance à la nicotine. Ainsi, les formes orales délivrant également ce pic peuvent être responsables d'addiction. (24)

Pour toutes les formes orales, la nicotine passe à travers la muqueuse buccale.

Les dosages des gommes à mâcher sont de 2 mg et 4 mg. Elles doivent être mâchées lentement car la nicotine doit traverser la muqueuse buccale et non passer par le système digestif. La dose de nicotine libérée est environ de moitié par rapport au dosage mentionné.

Les comprimés à sucer, pastilles à sucer et comprimés sublinguaux existent aux dosages de 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 et 4 mg. En général, la dose de nicotine libérée est équivalente à celle contenue dans la forme orale. Ces formes-là, selon leurs marques, contiennent des édulcorants.

L'inhaleur est un dispositif médical contenant une cartouche. Celle-ci contient 10 mg de nicotine. Il ne faut pas dépasser 12 cartouches par jour.

Le spray buccal contient 150 doses. Un milligramme est libéré à chaque pulvérisation. Le patient peut prendre au maximum deux pulvérisations par prise et quatre pulvérisations par heure. Le spray buccal contient de l'éthanol. (33)

La prise de TSN augmente le risque de douleurs gastro-intestinales et d'insomnies. Les formes transdermiques peuvent conduire à une irritation cutanée. Les formes orales peuvent entraîner une irritation buccale, des aphtes, le hoquet. Des palpitations cardiaques et des douleurs thoraciques sont également observées suite à la prise de ces traitements. Cependant, aucune augmentation du risque d'infarctus du myocarde ou de décès n'a été rapportée. (36)

❖ Varénicline (37)

Elle est commercialisée en France dans la spécialité Champix®. Ce médicament a pour indication le sevrage tabagique chez l'adulte. En France, pour être pris en charge par l'Assurance Maladie, il doit être prescrit dans « le sevrage tabagique, après échec de sevrage par des traitements utilisant des substituts nicotiniques, chez les fumeurs très dépendants à la cigarette ».

La varénicline est un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques neuronaux à l'acétylcholine $\alpha 4\beta 2$ car elle a une affinité et une sélectivité élevées à ce type de récepteur. Elle a ainsi une activité antagoniste en présence de nicotine. Cela permet donc d'empêcher l'activation de la voie dopaminergique mésolimbique.

Ceci conduit à une diminution des effets de récompense et de renforcement du tabagisme. De plus, de par son activité agoniste, la varénicline permet de diminuer les symptômes de craving et de manque.

Lors de la première semaine de traitement, la posologie du médicament est progressive. Les trois premiers jours, le patient doit prendre 0,5mg de varénicline une fois par jour. Puis du quatrième au septième jour inclus, il doit passer à deux fois par jour. A partir du huitième jour jusqu'à la fin du traitement, il est recommandé de prendre 1 mg deux fois par jour. Le traitement par Champix® est de 12 semaines.

Pendant cette période, le patient devra choisir une date pour arrêter de fumer, en général lors de la première ou deuxième semaine de traitement. Il pourra prolonger de 12 semaines sa cure pour maintenir l'abstinence.

Si le patient ne souhaite pas arrêter brutalement, il peut diminuer sa consommation au cours des 12 premières semaines et arrêter à la fin de la cure. Puis, le patient continue une deuxième cure de 12 semaines sans fumer.

Les effets secondaires très fréquents du Champix® (soit une personne sur dix) sont une rhinopharyngite, des rêves anormaux, une insomnie, des céphalées et des nausées.

❖ Bupropion (38)

Il est commercialisé en France dans la spécialité Zyban L.P®. Son indication est « l'aide au sevrage tabagique accompagnée d'un soutien de la motivation à l'arrêt du tabac chez les patients présentant une dépendance à la nicotine ». Il n'est pas recommandé chez les mineurs et ne doit pas être prescrit lors d'une grossesse ou de l'allaitement. Ce médicament n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

C'est un inhibiteur sélectif de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline. Son mécanisme d'action n'est pas encore connu précisément.

Le patient doit arrêter de fumer durant les deux premières semaines de traitement.

Pendant les six premiers jours, le patient prend un comprimé de 150mg par jour. Puis à partir du septième jour, le patient doit prendre deux comprimés par jour en deux prises avec un intervalle d'au moins huit heures entre les deux prises.

Les effets indésirables très fréquents du Zyban L.P® sont des insomnies, une sécheresse buccale et des nausées. Le risque de crises convulsives est de un pour mille. Il ne doit pas être pris par les patients en cours de sevrage alcoolique ou prenant des médicaments abaissant le seuil épileptogène. Le bupropion est contre-indiqué chez les personnes bipolaires car cela pourrait entraîner un épisode maniaque.

3.3.2 La cigarette électronique

C'est un générateur d'aérosol permettant de produire de la fumée aromatisée. Elle est munie d'un réservoir contenant un liquide qui est rechargeable. Ce liquide est composé de propylène glycol, de glycérine et d'arôme. Il peut contenir ou non de la nicotine. Pour que le vaporisateur fonctionne, elle est équipée d'une batterie rechargeable sur le secteur. (39)

Actuellement en France, aucune cigarette électronique n'a une autorisation de mise sur le marché en tant que médicament. Elle ne peut pas être considérée comme telle. Pour avoir cette dénomination il faudrait qu'elle ait au moins l'un de ces critères (39) :

- La revendication de l'aide au sevrage tabagique selon l'article L. 5121-2 du Code de santé publique.
- La teneur en nicotine dépassant le seuil maximal fixé à 20mg/ml suite à l'arrêté du 19 mai 2016 relatif aux produits de vapotage (40).

Selon le document d'information établi par la Société de Pneumologie de la Langue Française et la Société Francophone de Tabacologie en novembre 2019 (Annexe 6), la cigarette électronique doit être utilisée pour le sevrage tabagique sur une durée limitée. Il est donc déconseillé de l'utiliser pour d'autres raisons. Les effets sur la santé de la cigarette électronique ne sont, à ce jour, pas encore bien connus. Cependant, ils sont moindres par rapport à ceux induits par la cigarette. (41)

3.3.3 Les méthodes non médicamenteuses recommandées par la HAS

❖ Les thérapies cognitivo-comportementale (TCC)

Au cours du sevrage tabagique, les TCC accompagnent le fumeur dans l'arrêt du tabac. Brèves et ciblées sur un ou des comportements posant problèmes, elles sont limitées dans le temps, environ 10 à 25 séances. Elles sont réalisées pour modifier les comportements problématiques en de nouveaux plus adaptés. Quant aux thérapies cognitives, elles agissent au niveau psychologique et portent sur le traitement de l'information. (42)

Pour débiter, une alliance thérapeutique est créée entre le thérapeute et le fumeur en utilisant la technique des 4 R (Reformuler, Renforcer, Recontextualiser, Résumer). Cela doit toujours être fait avec empathie et authenticité.

Puis, lors des premières séances, l'analyse fonctionnelle est effectuée. C'est-à-dire que le patient et le thérapeute établissent les objectifs et les méthodes qui seront utilisées pour y aboutir. Des évaluations seront effectuées pour constater l'évolution du patient. Le stade de motivation du patient doit être connu (modèle de Prochaska et DiClemente). Lorsque la contemplation prédomine, les méthodes de TCC sont utilisées.

Au cours des séances, des techniques sont utilisées pour augmenter la motivation. Ainsi, le patient peut réaliser des cercles vicieux (Figure 8) pour mettre en évidence le maintien ou l'aggravation d'un problème.

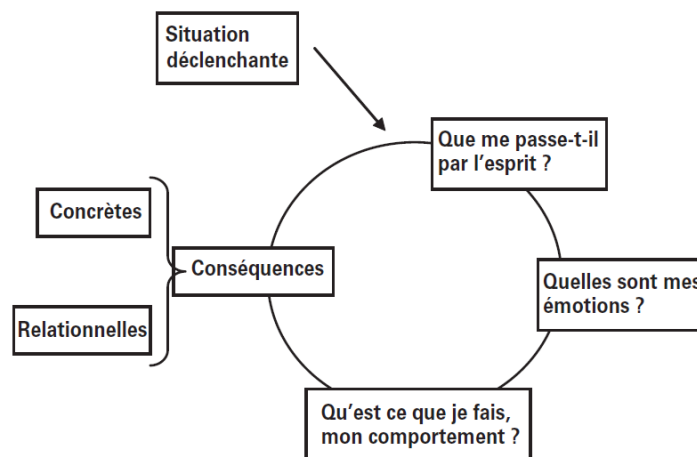


Figure 8 : Méthode d'un cercle vicieux (43)

Pour aider le patient à prendre sa décision sur l'arrêt de fumer, des balances décisionnelles sont mises en place. C'est-à-dire que le patient présente les avantages et les inconvénients à continuer ou à arrêter de fumer à court et à long terme. (43)

Les TCC sont également adaptées pour prévenir les rechutes. Ainsi dans cette situation, la méthode utilisée est la restructuration cognitive. Le thérapeute peut alors proposer l'utilisation des colonnes de Beck (Tableau II). Cela permet au patient de voir les facteurs entraînant sa rechute. Le tableau est rempli par le patient avec l'aide du thérapeute. Il est composé de quatre colonnes pour présenter la situation, les pensées automatiques face à la situation ainsi que les réactions et les émotions. La dernière colonne permet au patient de réfléchir sur les pensées qu'il pourrait avoir lorsqu'une situation similaire se représentera (pensées alternatives), c'est-à-dire remplacer des pensées récurrentes et automatiques par d'autres plus adaptées.

Le patient pourra refaire ce tableau lorsqu'il en ressentira le besoin. (44)

Evènement, situation	Pensées automatiques	Emotions, réactions	Pensées alternatives

Tableau II : Les colonnes de Beck

❖ L'entretien motivationnel (EM)

Il a été élaboré par William R. Miller et Stephen Rollnick. Une définition pour le grand public a été réalisée :

« L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif destiné à renforcer les motivations propres de la personne et son engagement vers le changement. »

La thérapie est centrée sur le patient pour augmenter sa motivation et diminuer son ambivalence à propos d'un changement. (45) L'EM peut être utilisé à tous les stades et en particulier lorsque le fumeur est en lune de miel pour le faire progresser.

L'EM repose sur quatre processus (45) :

- L'engagement dans la relation ou alliance thérapeutique
- La focalisation
- L'évocation ou production du discours changement par le patient
- La planification

Il repose sur des principes permettant aux patients d'être écoutés avec empathie par le thérapeute :

- Développer chez le patient une divergence
- « Rouler avec la résistance »
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et d'autonomie
- Être empathique (écoute active)

Pour réaliser ce type d'entretien, des outils de communication sont nécessaires. L'acronyme OuVER les regroupe : questions Ouvertes, Valorisation, Ecoute réflexive, Résumés. Le soignant a une écoute réflexive, il utilise des reflets ou reformulations. Cela permet aux patients de se sentir compris. De plus, des questions ouvertes seront posées pour permettre aux patients de parler et en même temps de le faire réfléchir. La valorisation du parcours accompli du patient est importante pour « le mettre en valeur », elle améliore son estime de lui-même. Lors de la fin de la séance d'entretien, un résumé de la séance est présenté par le soignant pour lui témoigner d'une bonne compréhension. (46)

❖ Internet, le téléphone et les applications mobiles

De plus en plus de personnes ont accès et utilisent internet et leur smartphone. C'est pourquoi le ministère des solidarités et de la santé accompagne les personnes désirant arrêter de fumer via le site <https://www.tabac-info-service.fr/> (47). De plus, lors du moi(s) sans tabac, en novembre, un site lui est dédié : <https://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>. En 2019, 203 892 personnes se sont inscrites pour le mois sans tabac. (48)

Pour avoir accès plus facilement à ces sites, des applications sur smartphones sont disponibles notamment l'application : « *Tabac info service, l'appli* ».

Les personnes désirant avoir des informations sur le tabagisme et son arrêt peuvent contacter par téléphone un conseiller au 39 89. Un tabacologue sera mis en relation avec le patient s'il souhaite arrêter de fumer. Un bilan et un suivi lui seront ainsi proposés. (49)

Sur les réseaux sociaux, des groupes Facebook sont notamment créés dans le but d'arrêter de fumer. En effet, il existe par exemple le groupe « *Je ne fume plus !* » créé par Mme Françoise Gaudel, tabacologue. Il permet de s'informer sur les divers sujets liés au sevrage tabagique et de créer des échanges entre anciens fumeurs et personnes actuellement en sevrage tabagique. (50)

3.3.4 Autres méthodes

❖ L'acupuncture et les dérivés

L'acupuncture est notamment utilisée pour réduire l'intensité des symptômes de sevrage tabagique et ainsi aider à l'arrêt du tabac. Cette technique est issue de la médecine traditionnelle chinoise. Pour cela, des aiguilles sont insérées à travers la peau à des points précis du corps. Elles sont stimulées manuellement ou via un courant électrique. Les stimulations durent quelques minutes et peuvent être réalisées lors de séances régulières.

Des techniques dérivées de l'acupuncture peuvent être également utilisées dans le sevrage tabagique. Celles-ci n'utilisent pas d'aiguilles. En effet, il existe l'acupression, la stimulation par laser ou encore l'électrostimulation. (11,51)

❖ L'hypnose

C'est une méthode qui accompagne le fumeur pour renforcer sa volonté d'arrêter de fumer. Cela est permis en focalisant son attention et en se concentrant sur l'objectif final, c'est-à-dire arrêter de fumer. (51)

Différents protocoles et techniques sont utilisés pour mettre en place de nouvelles stratégies. Celles-ci sont obtenues à l'aide des ressources du psychisme de l'individu. Notamment, en addiction, la technique du « générateur de nouveaux comportements » peut être utilisée. Elle consiste à instaurer de nouvelles stratégies et comportements en réalisant des visualisations progressives qui sont testées mentalement. (52)

❖ L'homéopathie (53)

Elle peut être utilisée pour atténuer les symptômes du sevrage tabagique dès le début de l'arrêt. Des souches homéopathiques sont spécifiques pour chaque symptôme ressenti par le patient. Il pourra prendre par exemple *Ignatia amara* 15 CH en cas d'anxiété, *Lobelia inflata* 5CH et *Caladium seguinum* 5CH lors des pulsions.

❖ L'aromathérapie (54)

Les huiles essentielles sont proposées pour pallier à certains symptômes du sevrage tabagique. Mais aucune n'est spécifiquement utilisée pour le sevrage tabagique. Les huiles essentielles permettant de diminuer l'anxiété et les insomnies sont utilisées. On retrouve celles qui sont riches en linalol, par exemple l'huile essentielle de lavande officinale ou de petit grain bigaradier, et/ou celles riches en esters telles que l'huile essentielle de camomille romaine. Il faudra s'assurer au préalable que le patient n'a pas de contre-indication.

❖ La phytothérapie (55)

Lors des premières semaines suivant l'arrêt du tabac, la phytothérapie peut être utilisée seule ou en association avec les méthodes traditionnelles et validées. La phytothérapie a pour but de contrôler le syndrome de manque. Pour cela quatre familles de plantes sont utilisées :

- Les plantes à action GABAergique telles que la valériane, *Valeriana officinalis*, et la passiflore, *Passiflora incarnata*. Elles agissent sur l'irritabilité, l'impatience et les troubles mineurs du sommeil.
- Les plantes modulatrices du système sérotoninergique ont une action sur les troubles mineurs de l'humeur et sur les troubles de l'appétit. Il s'agit notamment du millepertuis, *Hypericum perforatum*. Il est nécessaire de connaître les traitements du patient avant de conseiller cette plante en raison de multiples interactions médicamenteuses via les cytochromes P450. Cette plante ne doit pas être associée avec le bupropion.
- Les plantes à visée microcirculatoire sont utilisées lors de troubles de la concentration et de la mémoire. Cette famille comporte le ginkgo, *Ginkgo biloba*.
- Les plantes dites « adaptogènes » sont par exemple le ginseng, *Panax ginseng* et le ginseng de Sibérie, *Eleutherococcus senticosus*. Ces plantes ont également une action lors de troubles mnésiques et de concentration.

La phytothérapie est également utilisée pour d'autres conséquences du sevrage : encombrement bronchique, prise de poids, troubles du transit et infections à répétition. Il est préférable de prendre des plantes agissant en même temps sur plusieurs conséquences du sevrage.

4 Les tests réalisables chez le fumeur

Ils ont été élaborés pour améliorer l'évaluation initiale et le suivi des addictions. Ils permettent de mieux connaître le patient et sa façon de consommer pour personnaliser sa prise en charge. Ils permettent également d'effectuer le repérage d'une possible addiction.

La majorité des questionnaires se fait en autoévaluation. Ils permettent d'avoir une interprétation rapide en fonction du score final obtenu.

4.1 L'évaluation de la dépendance physique à la nicotine

4.1.1 Le test de Fagerström

Karl Fagerström a établi un questionnaire de tolérance en 1978. La dernière version de 2011 se nomme test de dépendance à la cigarette. Elle est composée de six questions. Chaque réponse vaut un certain nombre de points. Les points sont ensuite additionnés pour obtenir un score final compris entre 0 et 10. Ce résultat permet d'interpréter le niveau de dépendance à la cigarette du patient. (56,57)

Questions	Cotation en fonction de la réponse			
	0	1	2	3
Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?	Après plus de 60 minutes	Dans les 31 à 60 minutes	Dans les 6 à 30 minutes	Dans les 5 minutes
Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)	Non	Oui	-	-
À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?	À une autre	À la première de la journée	-	-
Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	10 ou moins	11 à 20	21 à 30	31 ou plus
Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	Non	Oui	-	-
Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Non	Oui	-	-

Figure 9 : Questions et réponses du test de Fagerström selon la HAS (26)

Il est rapide à effectuer en consultation. Le score obtenu permet de définir un niveau de dépendance, variable selon les publications. Voici les résultats retenus par la HAS en 2014 (33) :

- De 0 à 2 : Pas de dépendance pharmacologique
- 3 à 4 : Dépendance faible
- 5 à 6 : Dépendance moyenne
- De 7 à 8 : Dépendance forte
- De 9 à 10 : Dépendance très forte

4.1.2 Le test de Fagerström simplifié

En version simplifiée ou Heaviness of Smoking Index (HSI), il comprend les deux principales questions du test de Fagerström. (58)

Ce test est utilisé car il est très rapide et facile à utiliser.

Degré de dépendance au tabac (Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse)	
28 - Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 minutes 3
	6 - 30 minutes 2
	31 - 60 minutes 1
	Plus de 60 minutes 0
29 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? (1 cigarillo = 2 cigarettes)	10 ou moins 0
	11 à 20 1
	21 à 30 2
	31 ou plus 3
30 - Faites le total de vos réponses : Total : <input type="text"/>	

Figure 10 : Test de Fagerström simplifié issu du dossier de tabacologie (59)

En 2014, la HAS a émis une interprétation des résultats (33) :

- De 0 à 1 : Pas de dépendance
- De 2 à 3 : Dépendance modéré
- De 4 à 6 : Dépendance forte

4.2 L'évaluation des marqueurs biologiques

4.2.1 Le dosage du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré

Le CO est un gaz contenu dans la fumée de tabac. Il se fixe à l'hémoglobine à la place de l'oxygène. Il varie en fonction du statut tabagique et notamment du temps écoulé depuis la dernière cigarette. Il peut varier en fonction de l'environnement de la personne. Le CO expiré est quantifié à l'aide d'un analyseur de monoxyde de carbone. Le patient inspire profondément puis bloque sa respiration pendant quinze secondes. Ensuite, il expire le plus fortement possible dans l'appareil. Cette méthode permet de dépister les fumeurs et d'estimer leur activité tabagique. (6) Le CO se mesure en particules par millions (ppm). Le dosage du CO n'est plus possible pendant la pandémie de la Covid-19 selon les instructions de la société francophone de tabacologie (SFT). (60)

4.2.2 Le dosage de la cotinine

La cotinine est le métabolite majoritaire de la nicotine. Elle est retrouvée dans le sang, les urines et la salive. La demi-vie de la cotinine étant de 16 à 22 heures, elle ne varie pas selon les moments de la journée. Ce dosage est utilisé pour la recherche. Il est le plus souvent fait dans les urines ou la salive. Il n'est pas utilisable en routine lors de dépistage du tabagisme et le suivi des patients sous TSN. (26)

4.3 L'évaluation des comorbidités psychiatriques

Le test HAD (*Hospital Anxiety Depression Scale*) fait partie des tests évaluant les comorbidités psychiatriques : état anxieux et dépressif du sujet interrogé. Le test se fait en auto-évaluation de façon rapide. Il est utilisé en pratique pour évaluer et suivre l'état psychologique du patient. Sept questions portent sur l'anxiété et sept autres sont sur la dépression. Chaque réponse est cotée de 0 à 4 points. On obtient un score sur 21 points :

- De 0 à 7 : Pas de symptôme
- De 8 à 10 : Symptomatologie douteuse
- Supérieur ou égal à 11 : Symptomatologie certaine (61)

4.4 L'évaluation des codépendances

L'addiction au tabac est souvent associée à d'autres addictions. Il est recommandé de s'intéresser aux autres dépendances du patient fumeur pour permettre une prise en charge optimale. Des tests existent concernant les différentes substances ou comportements. Ici, nous nous intéresserons aux questionnaires dédiés à la consommation de SPA.

4.4.1 La consommation d'alcool

Le questionnaire CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener*) ou l'acronyme en français DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) est une autoévaluation. Il comporte quatre questions ayant pour réponse oui ou non. Lorsque le patient répond positivement à une réponse, il faudra approfondir sa consommation d'alcool. A partir de deux réponses positives, le patient a ou a eu un mésusage d'alcool au cours de sa vie. (26,62)

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

Figure 11 : Questionnaire DETA présenté par la HAS en 2014 (26)

Le questionnaire AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) a été élaboré par l'OMS. Il comporte 10 items sur la consommation d'alcool, sur les comportements liés à cette pratique, sur les effets indésirables et les problèmes liés à l'alcool. Il évalue les douze derniers mois du sujet interrogé. Chaque item vaut 0 à 4 points. (63)

L'usage problématique vis-à-vis de l'alcool est défini lorsque le score est supérieur ou égal à 7 chez l'homme et 6 chez la femme. La dépendance à l'alcool est fortement probable lorsque le score est supérieur à 12.

L'AUDIT a une forme plus courte, appelé AUDIT-C, comprenant les trois premières questions. (62)

4.4.2 La consommation de cannabis

Le questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) a été conçu par l'OFDT. Il est utilisé pour avoir une idée de la dépendance du patient au cannabis. (64) Il comprend six questions ayant une côte de 0 pour non et 1 pour oui. Le score obtenu s'interprète ainsi (26) :

- De 0 à 1 : Consommation à risque faible
- De 2 : Consommation à risque modéré
- De 3 à 6 : Consommation à risque élevé

Questions	Cotation en fonction de la réponse	
	Oui	Non
Au cours des 12 derniers mois :		
Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	1	0
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	1	0
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	1	0
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	1	0
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	1	0
Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ?	1	0

Figure 12 : Questionnaire CAST issu de la HAS en 2014 (26)

5 Enquête : Prise en charge du tabagisme dans les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie de l'Indre-et-Loire

5.1 Matériel et méthode

5.1.1 Objectifs

L'enquête permet de réaliser un état des lieux sur la vision des soignants et des patients envers le tabac.

A l'aide de ce travail, nous pouvons avoir un regard sur la prise en charge des patients fumeurs et en cours de sevrage dans les centres du point de vue des patients ainsi que des soignants. Nous nous sommes également intéressés au désir d'informations supplémentaires sur le tabac dans les deux populations. De plus, nous avons pu constater les motivations et les craintes des fumeurs et des personnes en cours de sevrage. L'enquête comporte également un questionnaire vrai/faux sur des connaissances sur le tabagisme et sa prise en charge vers le sevrage. Celui-ci a été posé aux patients et aux soignants. Ainsi, cela permet de mieux connaître leurs idées reçues.

L'enquête a été réalisée à un temps donné permettant de regrouper le plus grand nombre de patients et de soignants. Elle n'a pas pour but de comparer les centres entre eux mais d'avoir une vision globale sur la prise en charge du tabagisme.

5.1.2 Les lieux de l'enquête

L'enquête a été réalisée en Indre-et-Loire dans trois centres de SSR-A : le centre hospitalier Louis Sevestre, le centre Malvau et l'établissement de santé ANAS-Le Courbat.

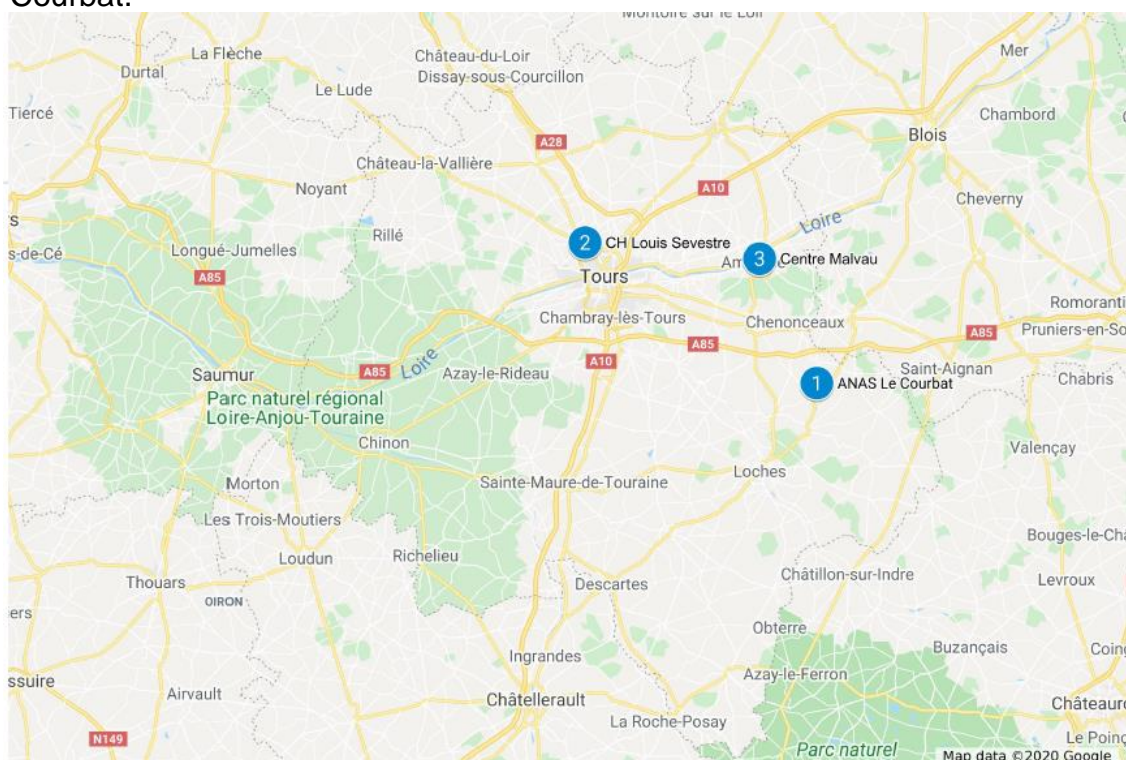


Figure 13 : Carte représentant la localisation des trois centres étudiés à l'aide de Google Maps (65)

1 : ANAS-Le Courbat ; 2 : Centre hospitalier Louis Sevestre ; 3 : Centre Malvau

Une définition des centres de soins de suite et de réadaptation est présentée dans l'annexe 6 « Structures de soins de suite et de réadaptation prenant en charge les affections liées aux conduites addictives » de la circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie :

« Les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives et de promouvoir leur réadaptation ». (66)

❖ Centre hospitalier Louis Sevestre (67)

Le centre est situé à la Membrolle-sur-Choisille. C'est un établissement public de santé créé en 1961. Il accueille 140 patients dont 14 destinés à effectuer le sevrage, le plus souvent dépendants à l'alcool. Les patients sont âgés d'au moins 18 ans. La durée de séjour conseillée est de 90 jours.

❖ Centre Malvau (68)

Le centre Malvau se situe au 21 quai des Violettes à Amboise. Il a été créé en 1962 par l'association La santé de la famille des chemins de fer français. Depuis 2016, il est géré par la fondation « L'élan retrouvé ».

Le centre prend en charge les patients d'au moins 18 ans en postcure. En effet, ces derniers viennent directement dans le centre après avoir réalisé un sevrage hospitalier. La plupart d'entre eux viennent du centre hospitalier intercommunal d'Amboise - Château-Renault et du centre hospitalier de Saint-Aignan.

Lors de l'enquête, la durée du séjour était de 6 semaines. Cette période peut être reconductible et/ou séquentielle. Actuellement, elle est de 7 semaines. Le centre accueille 50 patients.

❖ Etablissement de santé ANAS-Le Courbat (69)

L'établissement a été fondé en 1953 au Liège par l'Association nationale d'action sociale de la police nationale et des personnels du Ministère de l'Intérieur. C'est pourquoi l'établissement accueille majoritairement des personnels des Ministères de l'Intérieur, de la Justice et des Armées. Il est composé de 80 lits. Les patients ont effectué leur sevrage avant d'arriver au centre, la plupart du temps au centre hospitalier Louis Sevestre. La durée de séjour est de 2 mois en moyenne. Depuis le 1^{er} septembre 2020, le centre est un lieu sans tabac, c'est-à-dire que personne (patients, professionnels de santé, administratifs,...) ne doit fumer dans le centre.

5.1.3 Recrutement

L'enquête à destination des patients a été effectuée pour toutes les personnes quel que soit leur lien avec le tabac. En effet, cela regroupe les fumeurs, les patients en cours de sevrage tabagique, les anciens fumeurs et les non-fumeurs.

L'enquête à destination des soignants concernait tout le personnel ayant la possibilité de communiquer avec le patient au sujet du tabac. Il s'agit notamment des médecins, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des aides-soignants et des éducateurs.

Les questionnaires sont anonymes. Les personnes étaient libres de ne pas répondre.

5.1.4 Elaboration des questionnaires

Les questionnaires ont été réalisés avec l'aide du Dr Anne Dansou. Un questionnaire est à destination des soignants et l'autre est à destination des patients. Avant la diffusion, j'ai pu prendre contact auprès des trois centres pour leur présenter mon projet de thèse et les modalités de diffusion de l'enquête. De plus, j'ai rencontré les personnes référentes en matière de tabacologie des trois centres. Elles ont pu ainsi nous aider à la finalisation des questionnaires.

Le questionnaire à destination des patients est en Annexe 7. Il est composé de sept parties. Les deux premières parties permettent d'avoir une connaissance sur le patient notamment le centre où il est hospitalisé, son âge, sa situation professionnelle actuelle, son statut tabagique et son hospitalisation. La troisième partie est un tableau pour tester les connaissances des patients. Puis, la partie suivante évalue les informations reçues sur le sevrage tabagique.

Le questionnaire s'arrête si le patient n'a jamais été fumeur. Sinon, une partie permet de mieux connaître le tabagisme du patient et si c'est le cas, les méthodes utilisées lors d'un sevrage tabagique.

Puis la dernière partie est remplie par les patients en cours de sevrage tabagique ou fumeurs. Elle permet de connaître le souhait d'arrêter de fumer, leurs craintes, leurs motivations et leur niveau de dépendance via le test de Fagerström.

Le questionnaire à destination des soignants est établi de la même façon que celui des patients. Vous le retrouvez en Annexe 8. Tout d'abord, le soignant se présente à l'aide des questions sur son âge, sa profession, son statut tabagique et ses formations. Puis, la partie suivante correspond au test de connaissance qui est le même que celui des patients. Le questionnaire s'intéresse ensuite à préciser la prise en charge du tabagisme. Le questionnaire se poursuit si le soignant est fumeur. Dans cette dernière partie, les questions sont identiques au questionnaire des patients.

5.1.5 Diffusions des questionnaires

❖ Diffusion des questionnaires patients

Au centre hospitalier Louis Sevestre, une conférence a été organisée, le 16 octobre 2019, au cours de laquelle les patients ont pu répondre au questionnaire.

Dans l'établissement ANAS-Le Courbat, j'ai tenu un stand lors d'une journée sans tabac, le 16 octobre 2019. Les patients ont pu venir pour répondre au questionnaire.

Au centre Malvau, les patients ont répondu au questionnaire lors d'une séance d'activité de groupe, le 8 novembre 2019.

❖ Diffusion des questionnaires soignants

Pour le centre Louis Sevestre et le Courbat, je les ai transmis aux personnes m'ayant aidé à la finalisation des questionnaires pour les diffuser.

Pour le centre Malvau, je les ai donnés pour qu'ils puissent être reçus en même temps que la fiche de paie.

Pour que les professionnels soignants puissent répondre au questionnaire, la diffusion du questionnaire a été plus longue. La durée de recueil s'est déroulée :

- Du 16 octobre au 8 novembre 2019 pour le centre hospitalier Louis Sevestre
- Du 16 octobre au 18 novembre 2019 pour le centre ANAS-Le Courbat
- Du 28 octobre au 13 novembre 2019 pour le centre Malvau

5.1.6 Analyse des résultats

Les résultats obtenus ont été reportés sur le logiciel Excel 2013 pour réaliser deux bases de données, l'une sur les patients et l'autre sur les soignants.

Le test du Chi-2 a été utilisé pour permettre de savoir s'il existe un lien entre deux groupes. En revanche, si un des effectifs théoriques est inférieur à 5, le test exact de Fisher a été employé.

Pour comparer les moyennes de deux échantillons non appariés, le test paramétrique de Student a été appliqué si l'effectif de chaque échantillon était supérieur à 30 et si les variances étaient égales. Si cette égalité n'était pas vérifiée, le test de Welch a été appliqué. Lorsqu'au moins un des échantillons avait un effectif inférieur à 30, le test non paramétrique de Mann-Whitney a été utilisé.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel XLStat® excepté le test de Welch qui a été effectué à l'aide du logiciel R.

Les tableaux d'analyse (Annexe 9) mentionnent la p-value, valeur représentant la probabilité de rejeter l'hypothèse nulle. Pour l'analyse, il est considéré que si $p < 0,05$, la différence statistique est significative.

Dans les sous-parties suivantes, seront présentés les résultats et les analyses des questionnaires patients et soignants. De plus, une troisième sous-partie montre les résultats obtenus du test de connaissance.

5.2 Résultats des questionnaires à destination des patients

5.2.1 Nombre de réponses de patients exploitables

Centres	Nombre de patients
Le Courbat	49
Louis Sevestre	93
Malvau	46
Total	188

Tableau III : Nombre de patients ayant répondu à l'enquête

Parmi les 188 patients, seulement 90 questionnaires sont complets : 37 patients du centre Louis Sevestre, 21 patients du centre Malvau et 32 patients du centre ANAS-Le Courbat. Ainsi pour permettre d'avoir le plus de réponses possibles, les 188 questionnaires ont été exploités.

5.2.2 Caractéristiques des patients

↳ Age

La moyenne d'âge de l'ensemble des patients ayant répondu à l'enquête est de 46,4 ans.

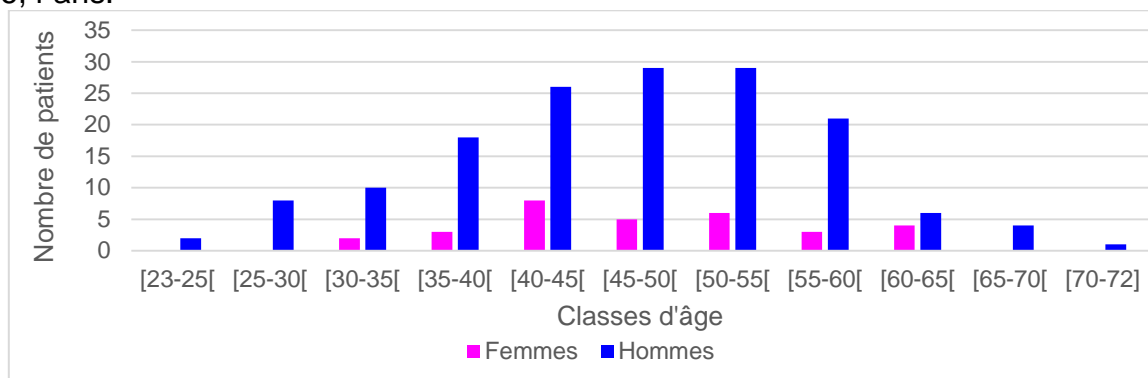


Figure 14 : Age des patients

↳ Sexe

Sur les 188 patients, 2 personnes n'ont pas répondu à la question.

	Femmes	Hommes
Le Courbat	8	41
Louis Sevestre	19	73
Malvau	5	40
Total	32	154

Tableau IV : Nombre de femmes et d'hommes ayant répondu à l'enquête

↳ Durée prévue du séjour

Lors de l'enquête, au Courbat et à Malvau, la durée de séjour moyenne des patients est de 8 semaines. Au centre Louis Sevestre, elle est de 11 semaines. Sur l'ensemble des centres, la moyenne est de 10 semaines.

↳ Durée d'hospitalisation déjà effectuée dans le centre

Sur l'ensemble des trois centres étudiés, elle est de 5,5 semaines.

↳ Situation professionnelle actuelle

Parmi les 188 patients, une personne n'a pas répondu. 12 personnes ont coché plusieurs réponses notamment les personnes ayant répondu invalidité et sans activité.

	Le Courbat	Louis Sevestre	Malvau	Totaux
Actifs	31	37	16	84
Au chômage ou bénéficiaires du RSA	7	29	18	53
En formation ou étudiants	0	2	0	2
Retraités	3	11	3	20
Sans activité	3	12	3	11
Invalidité ou allocation adulte handicapé	5	9	11	20
Pas de réponse	0	1	0	1

Tableau V : Situation(s) professionnelle(s) actuelle(s) des patients

↳ Statut tabagique

	Fumeurs	En cours de sevrage	Anciens fumeurs	Non-fumeurs	Total
Le Courbat	19	14	11	5	49
Louis Sevestre	57	16	12	8	93
Malvau	31	10	5	0	46
Total	107	40	28	13	188

Tableau VI : Statut tabagique des patients dans les centres étudiés

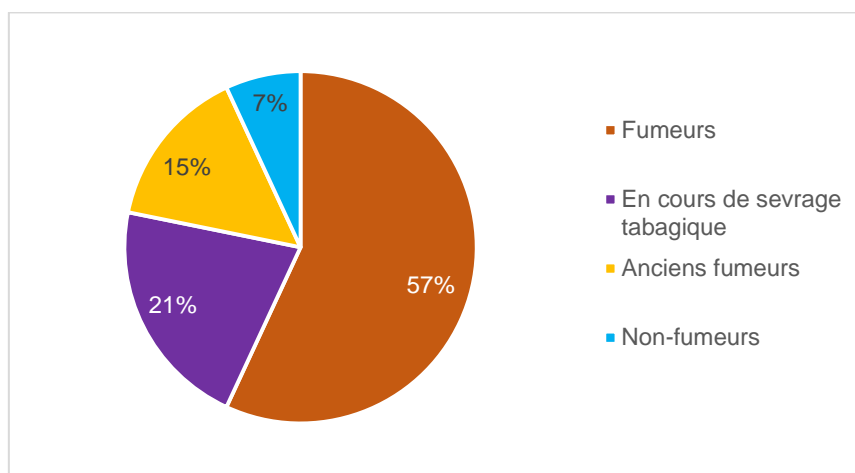


Figure 15 : Statut tabagique des patients dans les trois centres étudiés

Une analyse statistique a été réalisée sur le statut tabagique (Tableau XXVI en Annexe 9). Nous avons pu montrer que les patients au chômage ou bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) sont majoritairement fumeurs ou en cours de sevrage ($p = 0,003$). Il en est de même pour les patients dépendants du cannabis ($p = 0,009$).

↳ Motifs d'hospitalisation dans le centre

	1	2	3	4	5	Total
Le Courbat	31	12	4	1	1	49
Louis Sevestre	69	19	3	2	0	93
Malvau	34	5	5	2	0	46
Total	134	36	12	5	1	188

Tableau VII : Nombre de motifs d'hospitalisation

L'enquête a pu définir les motifs d'hospitalisation des patients.

Addictions ou pathologies prises en charge	Le Courbat	Louis Sevestre	Malvau	Total
Alcool	40	88	43	171
Cannabis	4	10	7	21
Opiacés	2	5	3	10
Cocaïne	4	7	6	17
Jeux de hasard et d'argent	2	3	1	6
Autres	21	11	5	37

Tableau VIII : Nombre de patients selon le motif d'hospitalisation

Après avoir classé les motifs « autres » des hospitalisations, un tableau a pu être élaboré.

Addictions ou pathologies prises en charge	Le Courbat	Louis Sevestre	Malvau	Total
Dépression	8	1	2	11
Burn-out	7	0	0	7
Benzodiazépines (dont Valium®)	1	3	2	6
Syndrome post-traumatique	3	0	0	3
Tabac	2	4	2	8
Amphétamines et méthamphétamines	1	1	0	2
Agressions	1	0	0	1
Troubles obsessionnels compulsifs	1	0	0	1
Jeux vidéo	0	1	0	1
Toxiques	0	1	0	1
Aliments	0	0	1	1

Tableau IX : Les autres motifs d'hospitalisation

↳ Hospitalisations antérieures pour le ou les mêmes motifs

Une grande partie des patients interrogés, soit 70%, a déjà été hospitalisée pour le ou les mêmes motifs. 184 patients ont répondu à la question permettant de créer le graphique ci-dessous.

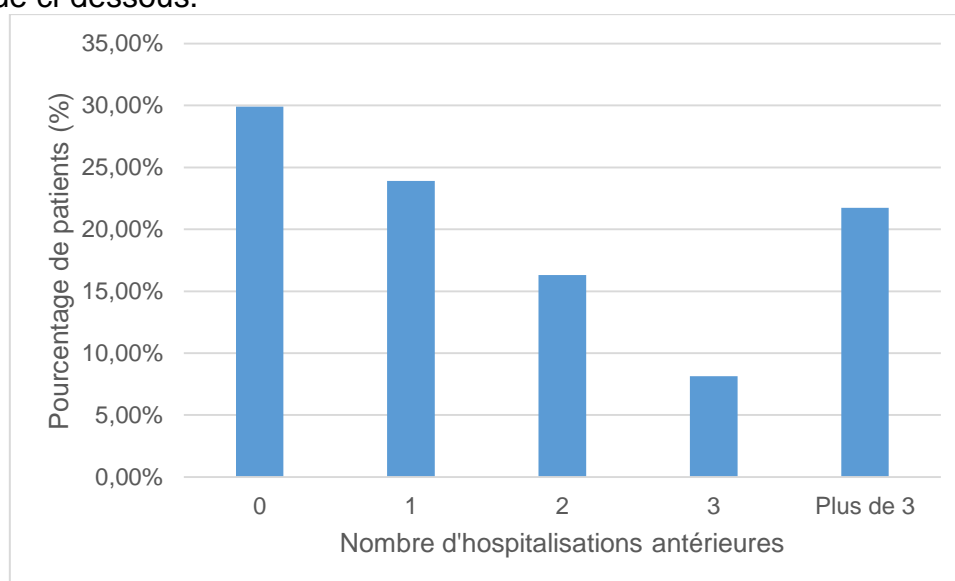


Figure 16 : Hospitalisations antérieures des patients en fonction des trois centres étudiés

5.2.3 Informations sur le sevrage tabagique

Sur l'ensemble des centres, 143 personnes ont reçu des informations sur le sevrage tabagique, soit 76% des patients.

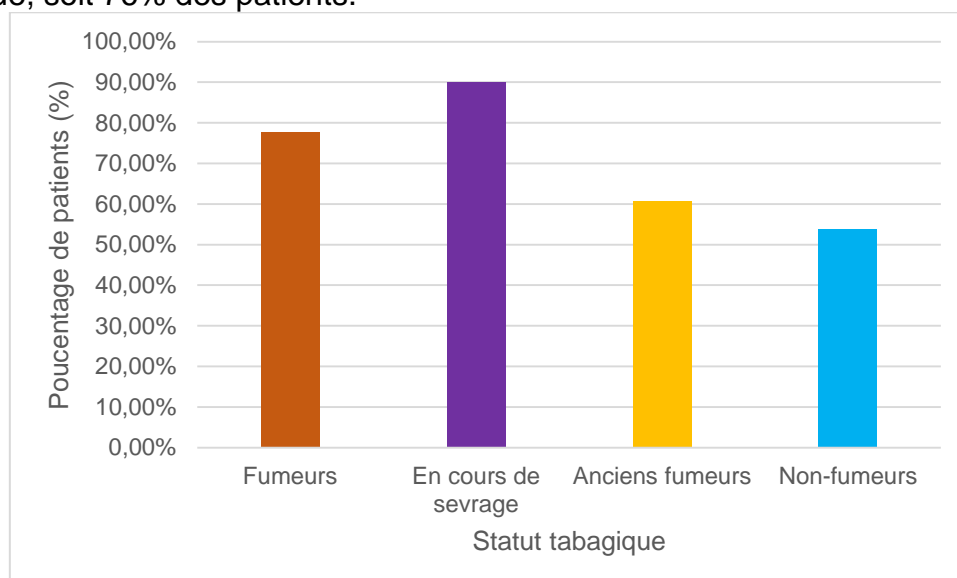


Figure 17 : Informations reçues sur le sevrage tabagique selon le statut tabagique des patients

Les fumeurs et les personnes en sevrage tabagique ont été plus informés que les non-fumeurs et les anciens fumeurs ($p < 0,006$: Tableau XXVII en Annexe 9).

Parmi les personnes ayant répondu « oui », les patients devaient répondre à la question « Quand ? » et plusieurs réponses étaient possibles. 141 personnes ont répondu à cette question.

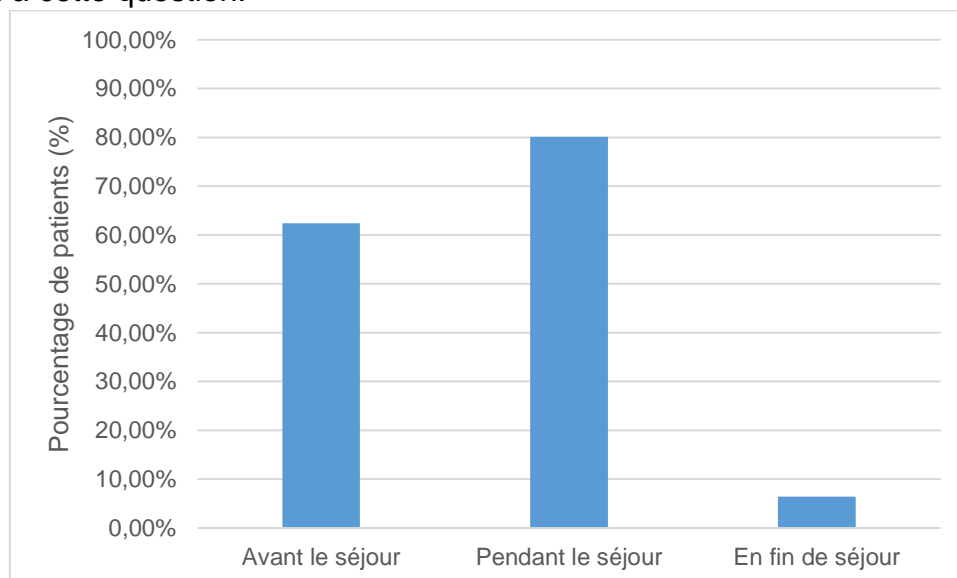


Figure 18 : Informations reçues sur le sevrage tabagique selon la période de séjour

Une analyse statistique a été effectuée sur les informations reçues par les fumeurs et les personnes en cours de sevrage au cours ou en fin de séjour sur différents paramètres. (Tableau XXVIII en Annexe 9). Une différence statistique significative a été mise en évidence sur la durée de séjour effectuée ($p = 0,037$).

↳ Soignants ayant délivré des informations

Selon les patients, les médecins (psychiatres ou non) et les infirmier(e)s sont les soignants ayant donné le plus d'informations sur le sevrage tabagique.

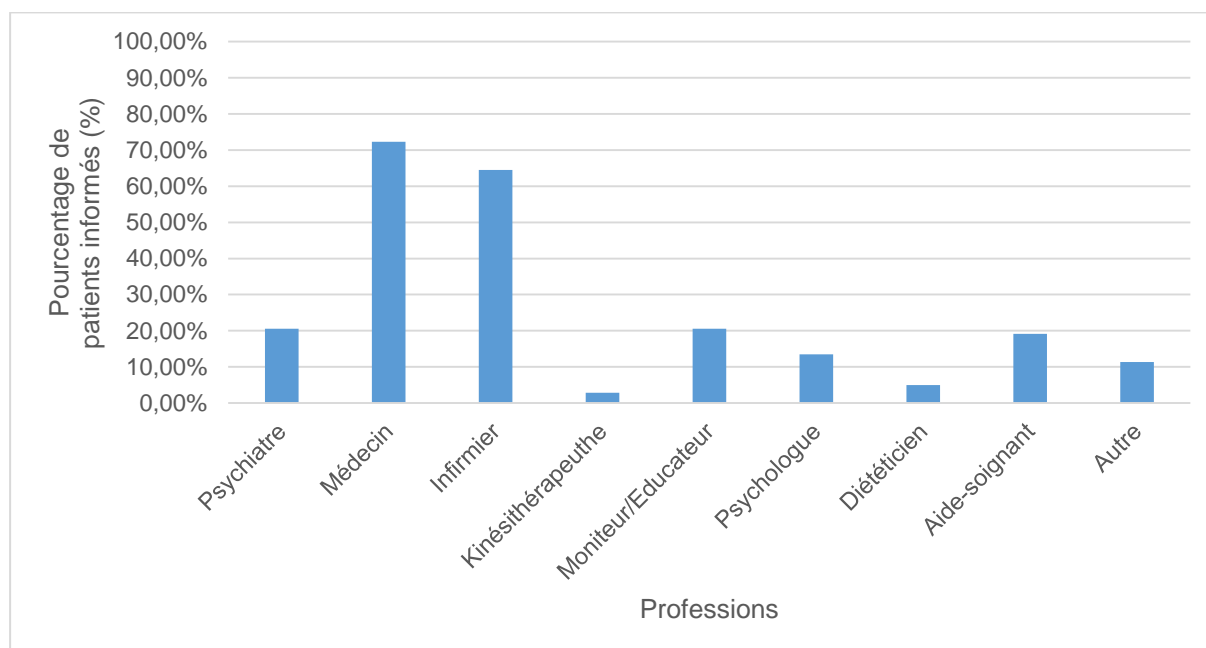


Figure 19 : Patients informés sur le sevrage tabagique en fonction des professions

Les patients pouvaient répondre « autre » en précisant. Parmi les professionnels de santé non cités dans les réponses, certains patients ont ajouté « pharmacien ». L'entourage fait également partie des réponses données.

Autre	Effectifs
Entourage	3
Pharmacien	2
Structure d'accompagnement en addictologie	2
Internet	2
Les médias	2
Les publicités	1
Au travail	1
Les conférences	1
Les autres fumeurs	1
Le patient est lui-même allé chercher des informations	1

Tableau X : Autres sources d'informations des patients

↳ Spécialités des professionnels de santé

Pour analyser les résultats, les personnes comptabilisées sont celles qui ont répondu « Oui » à la question « Avez-vous eu des informations sur le sevrage tabagique ? ». Ainsi, 141 patients ont répondu à la question. Cependant, nous n'avons pris en compte que 114 réponses pour réaliser le graphique ci-dessous car 27 ne connaissaient pas la ou les formations des soignants.

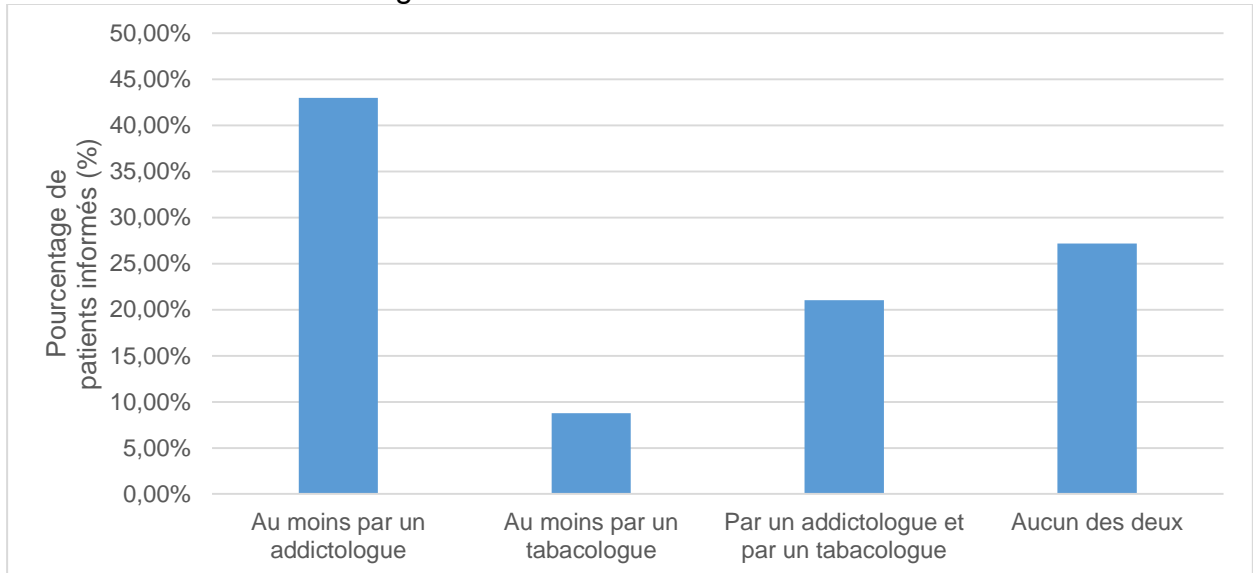


Figure 20 : Patients informés sur le sevrage tabagique en fonction de la formation des professionnels de santé

↳ Souhait d'informations supplémentaires

Les fumeurs et les personnes en sevrage souhaitent plus d'informations supplémentaires que les autres patients ($p < 0,001$: Tableau XXIX en Annexe 9).

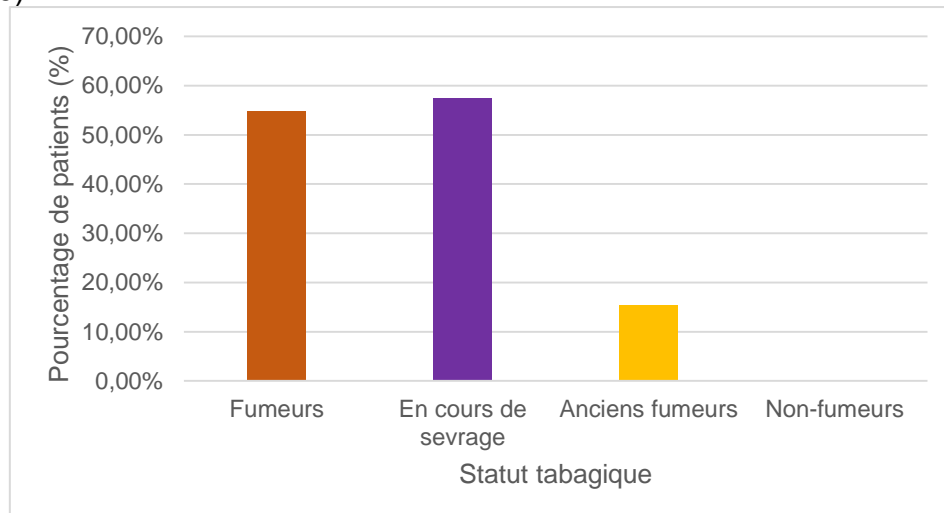


Figure 21 : Patients souhaitant davantage d'informations en fonction du statut tabagique

A l'aide de l'analyse statistique (Tableau XXX en Annexe 9), nous n'avons pas constaté de lien statistique entre le souhait d'avoir des informations et les différents paramètres recherchés.

↳ Forme souhaitée des informations sur le sevrage

Une seule réponse était possible et elle devait faire suite à la réponse précédente. C'est-à-dire que si le patient répondait non à la question « Souhaiteriez-vous plus d'informations sur le sevrage tabagique ? », alors il ne devait pas répondre à cette question.

En revanche, 15 personnes ne souhaitaient pas avoir d'informations mais elles ont tout de même répondu à cette question. De plus, 13 personnes ont coché plusieurs cases. Pour permettre d'analyser cette question, ces 28 réponses ont été écartées.

Donc, nous pouvons dire que 72 personnes ont répondu à la forme qui les intéresse. Ces personnes sont celles qui ont coché une case et veulent avoir des informations supplémentaires. Cette réponse concerne 4 anciens fumeurs, 19 personnes en cours de sevrage, 49 fumeurs et aucun non-fumeur.

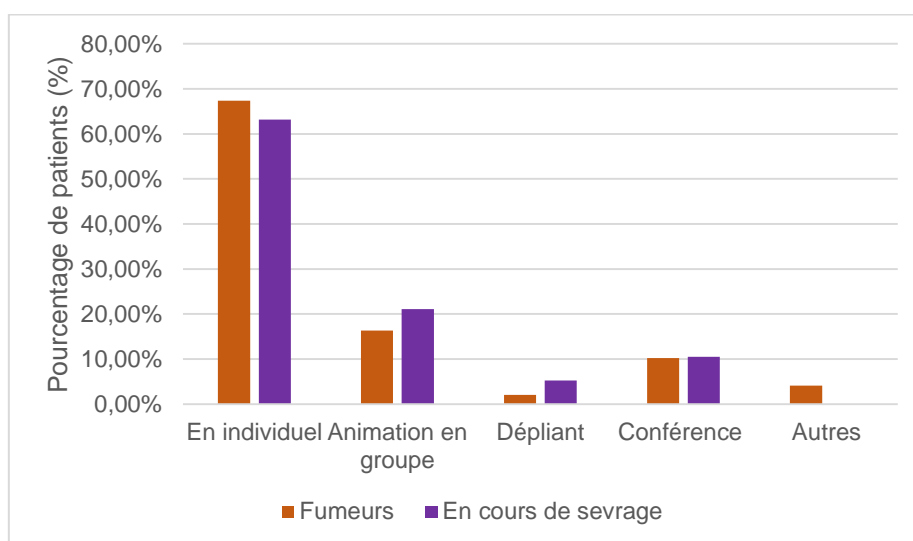


Figure 22 : Formes d'informations souhaitées sur le sevrage tabagique

5.2.4 Patients fumeurs, en cours de sevrage tabagique ou anciens fumeurs

La partie traitée ci-après inclut 175 patients : 107 fumeurs, 40 personnes en cours de sevrage et 28 anciens fumeurs.

↳ Age de la première cigarette et de l'usage quotidien

Pour exploiter les résultats, certaines données n'ont pas été retenues. En voici, les motifs de refus :

- L'âge de l'usage quotidien est inférieur à l'âge de la première cigarette.
- Le patient n'a écrit qu'un âge sur les deux.
- La différence entre l'âge de la première cigarette et l'âge quotidien est d'au moins 30 ans.

Nous retrouvons 157 patients soit 98 fumeurs, 36 en cours de sevrage et 23 anciens fumeurs.

	Moyenne d'âge (en années)
Age de la première cigarette	15,8
Age de l'usage quotidien	19,6

Tableau XI : Ages des patients lors de la première cigarette et de l'usage quotidien

Les deux graphiques suivants représentent les classes d'âges en fonction du sexe. Ils regroupent 155 personnes.

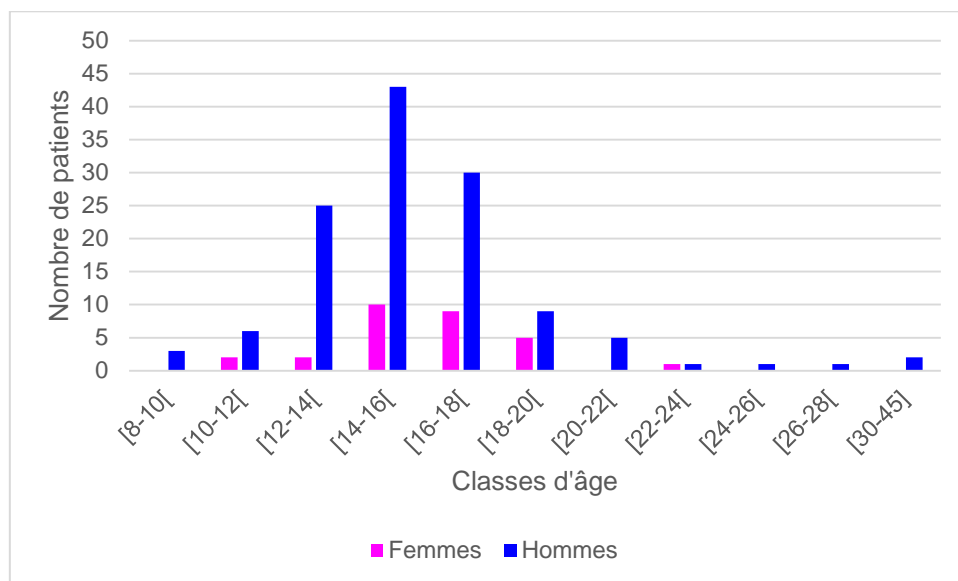


Figure 23 : Age de la première cigarette

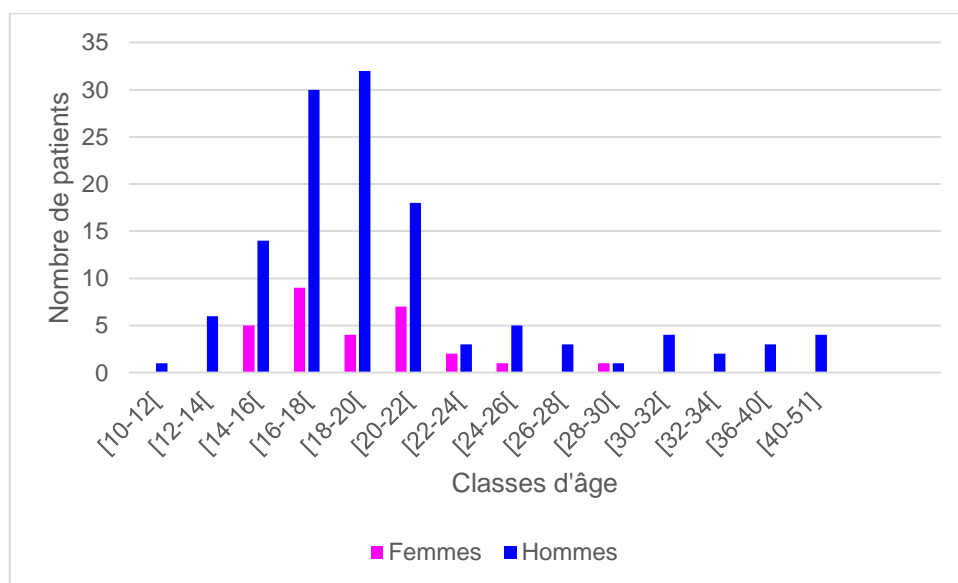


Figure 24 : Age de l'usage quotidien de la cigarette

↳ Consommation du tabac selon ses formes utilisées

Parmi les 175 personnes, 168 ont répondu à la question « Sous quelles formes consommez ou consommiez-vous principalement le tabac ? ». Une seule réponse était possible, mais 49 ont répondu à plusieurs propositions. Ainsi, nous avons exploité 119 réponses. Celles-ci permettront également de calculer le score du test de Fagerström chez les fumeurs et les patients en cours de sevrage.

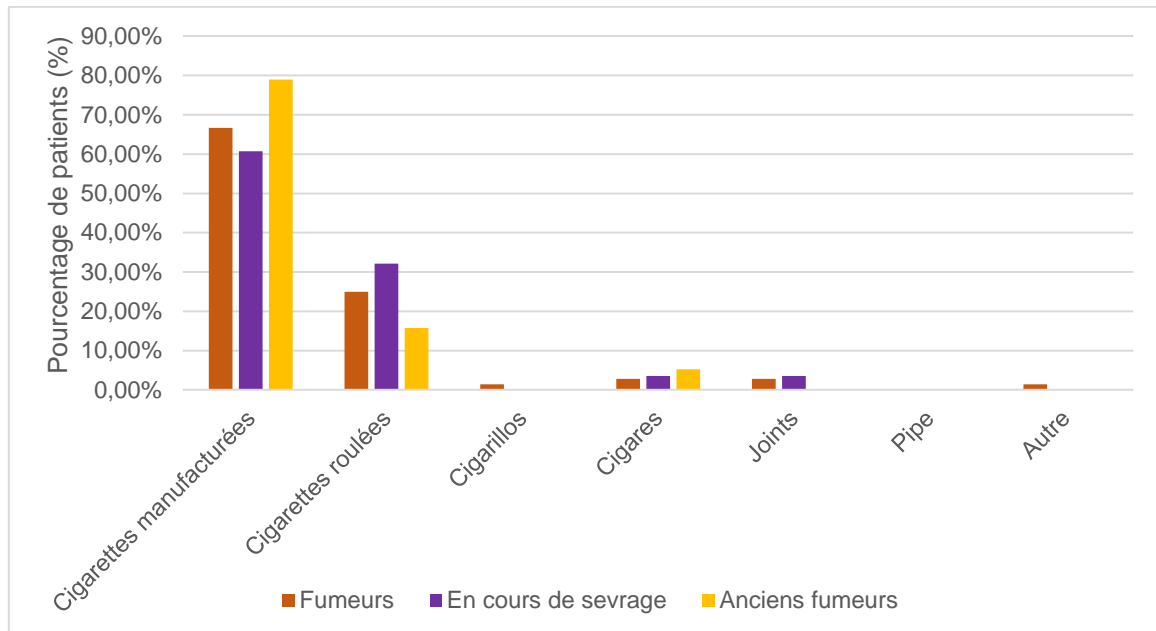


Figure 25 : Consommation de tabac chez les patients étudiés

Au moins 90% des fumeurs, en sevrage tabagique ou anciens fumeurs fument ou fumaient des cigarettes (manufacturées ou roulées).

↳ Nombre d'arrêt(s) antérieur(s) de plus d'une semaine

Parmi les 175 patients, 10 individus n'ont pas répondu.

Parmi les fumeurs, 33 n'ont pas effectué d'arrêt de plus d'une semaine.

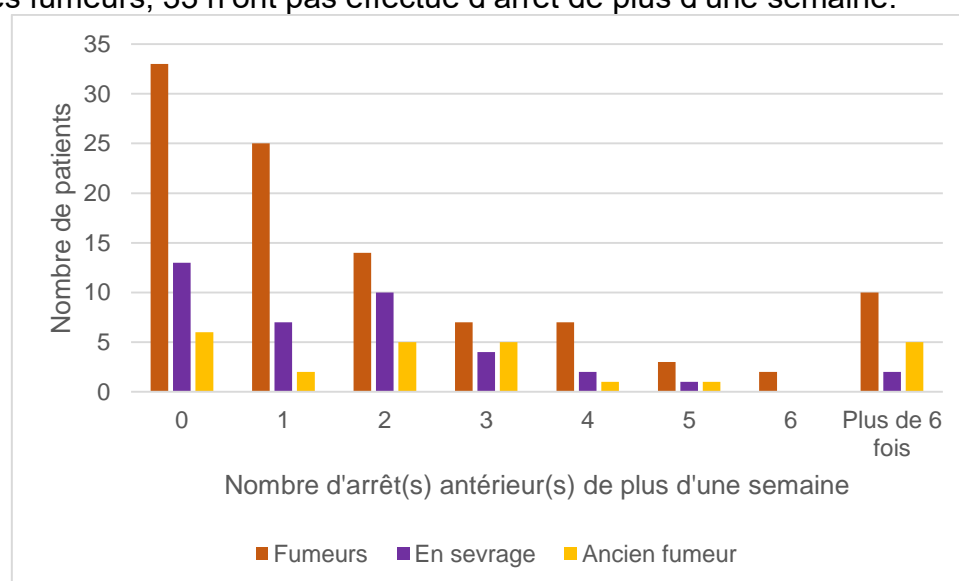


Figure 26 : Nombre d'arrêt(s) de plus d'une semaine effectué(s) par les patients

↳ Durée de sevrage la plus longue

118 personnes ont répondu à la question dont 107 fumeurs, 40 en cours de sevrage et 22 anciens fumeurs.

Pour permettre de faciliter l'analyse, les durées de sevrage tabagique ont été classées par catégorie.

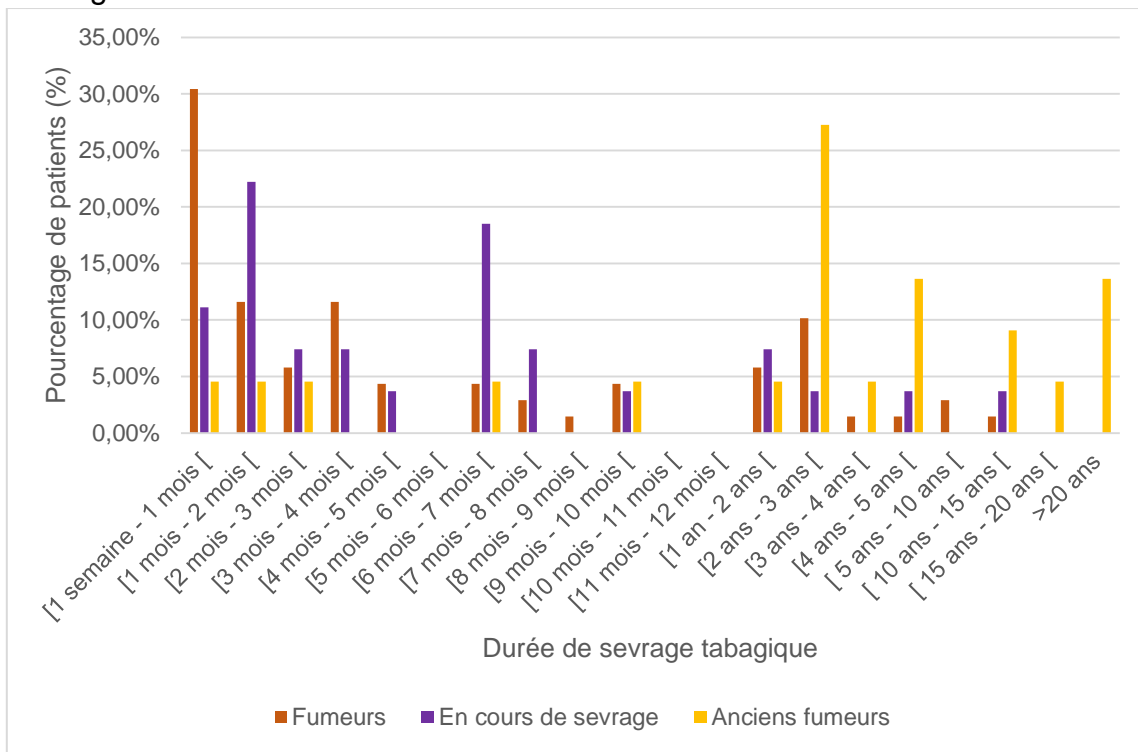


Figure 27 : Durée de sevrage tabagique la plus longue chez les patients interrogés

↳ Médicaments utilisés

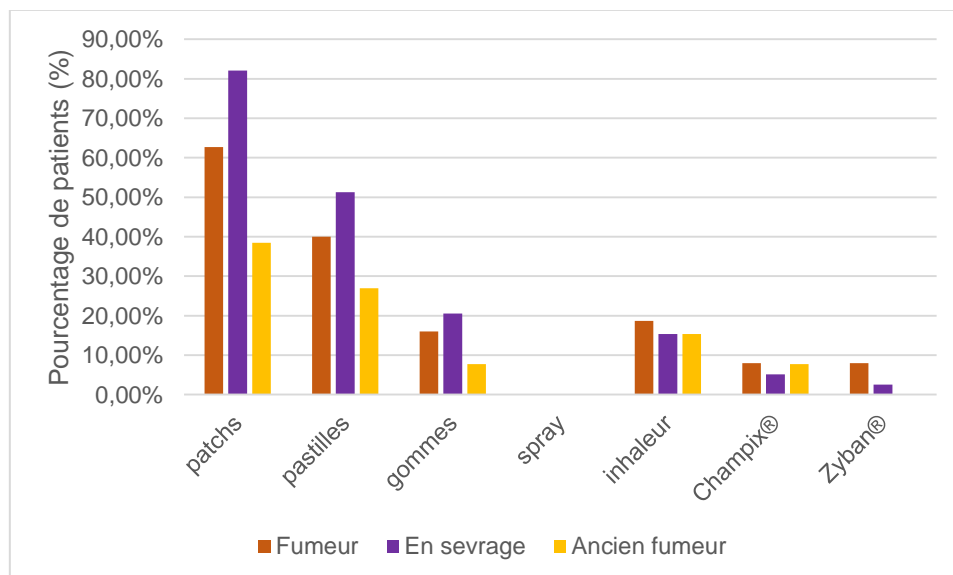


Figure 28 : Médicaments utilisés par les patients

↳ Autres méthodes de sevrage utilisées

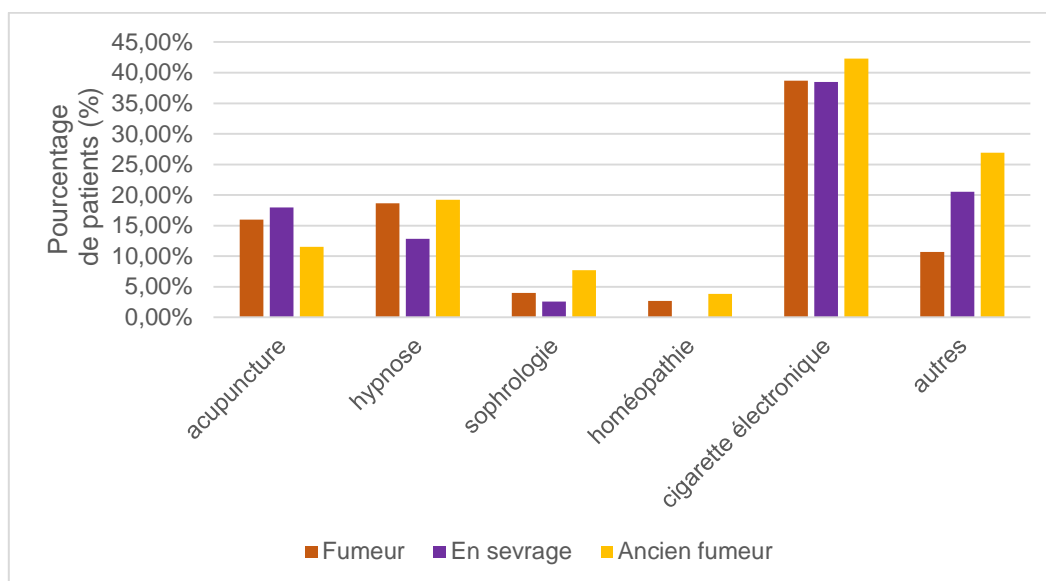


Figure 29 : Méthodes non médicamenteuses utilisées pour l'arrêt du tabac

Parmi les 23 personnes ayant coché « autres », 13 ont mentionné qu'ils n'avaient rien utilisé.

Autres	Nombre de patients
Aucune méthode : « rien » ; « la volonté »	13
Activité physique	3
Hospitalisation	2
Grossesse	1
Laser	1
Magnétiseur	1
Mésothérapie	1
Bonbons	1
Total	23

Tableau XII : Détail des personnes ayant répondu « Autres méthodes de sevrage »

5.2.5 Patients actuellement fumeurs ou en cours de sevrage tabagique

La dernière partie du questionnaire était donc destinée aux 147 patients ayant répondu fumeurs ou en cours de sevrage.

↳ Arrêt souhaité

Les personnes en cours de sevrage souhaitent plus arrêter de fumer que les fumeurs ($p < 0,001$). En effet, 100% des personnes en cours de sevrage veulent arrêter de fumer alors que seuls 67,96% de fumeurs le veulent.

Une analyse statistique présentée dans le Tableau XXXI en Annexe 9 n'a pas permis de déterminer de lien statistique entre l'arrêt du tabac souhaité et les autres paramètres étudiés.

↳ Importance envers l'arrêt du tabac
15 personnes n'ont pas répondu à la question.

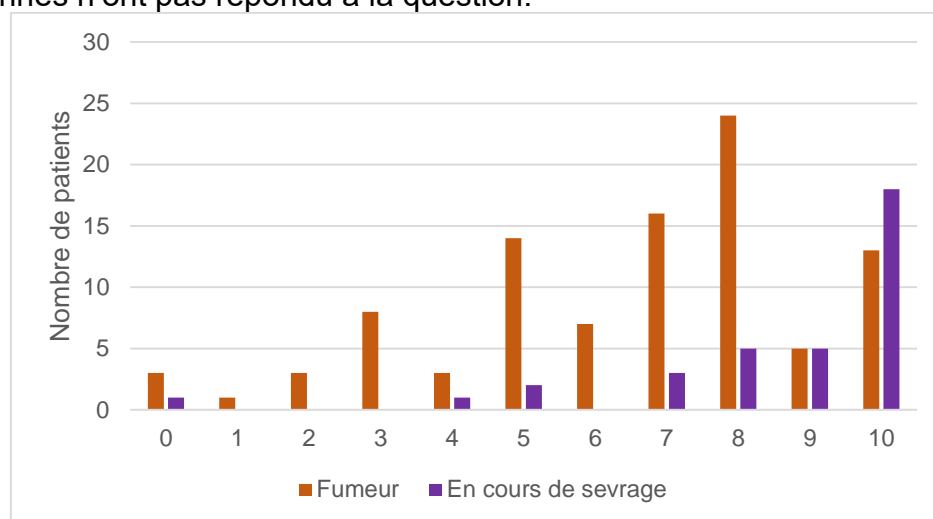


Figure 30 : Importance envers l'arrêt du tabac des patients en fonction de leur statut tabagique sur une échelle de 0 à 10
(0 : Pas important du tout ; 10 : Extrêmement important)

Après réalisation d'une analyse statistique (Tableau XXXII en Annexe 9), nous avons pu constater que l'arrêt du tabac est plus important chez les personnes en cours de sevrage tabagique ($p < 0,001$) et chez les personnes ayant au moins le cannabis comme motif d'hospitalisation ($p = 0,046$). De plus, les personnes ayant le souhait d'arrêter de fumer ont une importance envers l'arrêt du tabac plus important ($p < 0,001$).

↳ Confiance dans l'arrêt du tabac
14 personnes n'ont pas répondu à la question

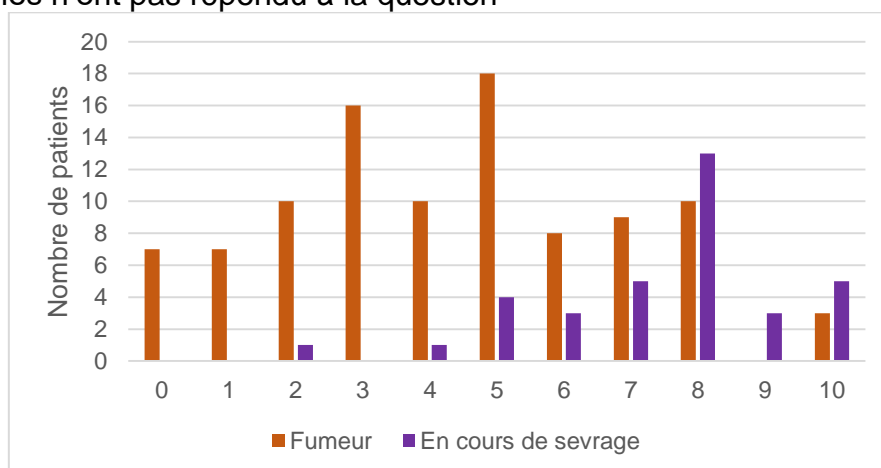


Figure 31 : Confiance des patients dans leur capacité à arrêter de fumer en fonction de leur statut tabagique sur une échelle de 0 à 10
(0 : Aucune confiance ; 10 : Totale confiance)

Nous avons pu mettre en évidence (Tableau XXXIII en Annexe 9) que la confiance dans l'arrêt du tabac était plus élevée chez les personnes en cours de sevrage tabagique ($p < 0,001$). De plus, celles qui ont pour souhait l'« arrêt de fumer » ont plus de confiance envers l'arrêt du tabac ($p < 0,001$).

↳ Motivations et craintes face à l'arrêt du tabac

En ce qui concerne les motivations, 135 personnes ont répondu à au moins une réponse. Pour ce qui est des craintes, 132 réponses ont été relevées.

	Fumeurs (N=100)	En cours de sevrage (N=35)	Total (N=135)
Motivations			
Argent	80	31	111
Entourage	23	10	33
Liberté	29	24	53
Santé	89	34	123
Autres	7	3	10
Craintes			
Echec	35	14	49
Manque	63	15	78
Répercussion sur l'humeur	51	21	72
Prise de poids	40	12	52
Autres	3	4	7

Tableau XIII : Motivations et craintes des patients face à l'arrêt du tabac

	Nombre de patients
Les enfants notamment « la grossesse »	3
Les odeurs	2
Pathologie d'un parent due au tabac	2
La santé des autres	1
Le respect de l'environnement	1
« Une force mentale serait nécessaire »	1

Tableau XIV : Autres motivations des patients

	Nombre de patients
Aucune crainte	2
« la différenciation entre le tabac et les gestes habituels (poids du rituel) »	1
Peur à cause de l'entourage	1
Substituer par autre chose	1

Tableau XV : Autres craintes des patients

A l'aide de l'analyse des données (Tableau XXXIV et Tableau XXXV en Annexe 9), nous avons constaté que la liberté comme motivation permettait d'avoir significativement une importance et une confiance dans l'arrêt du tabac plus élevées que chez les personnes ne la mentionnant pas (respectivement $p = 0,003$ et $p = 0,010$). Il en est de même pour la santé (respectivement $p < 0,001$ et $p = 0,005$). De plus, les patients ayant au moins le manque comme crainte ont une confiance dans l'arrêt du tabac significativement plus faible que les autres ($p = 0,019$).

↳ Test de Fagerström simplifié

Le test de Fagerström a été réalisé parmi les 100 patients fumeurs ou en cours de sevrage qui ont répondu à la forme de tabac qu'il consommait principalement. Il a été défini que :

- 1 cigarette roulée = 2 cigarettes manufacturées
- 1 joint = 3 cigarettes manufacturées
- 1 cigarillo = 5 cigarettes manufacturées

Afin de calculer le score du test de Fagerström, nous avons exclu en plus :

- Les personnes n'ayant pas répondu aux questions du test de Fagerström.
- Les trois fumeurs de cigares et le fumeur de cigarette électronique.

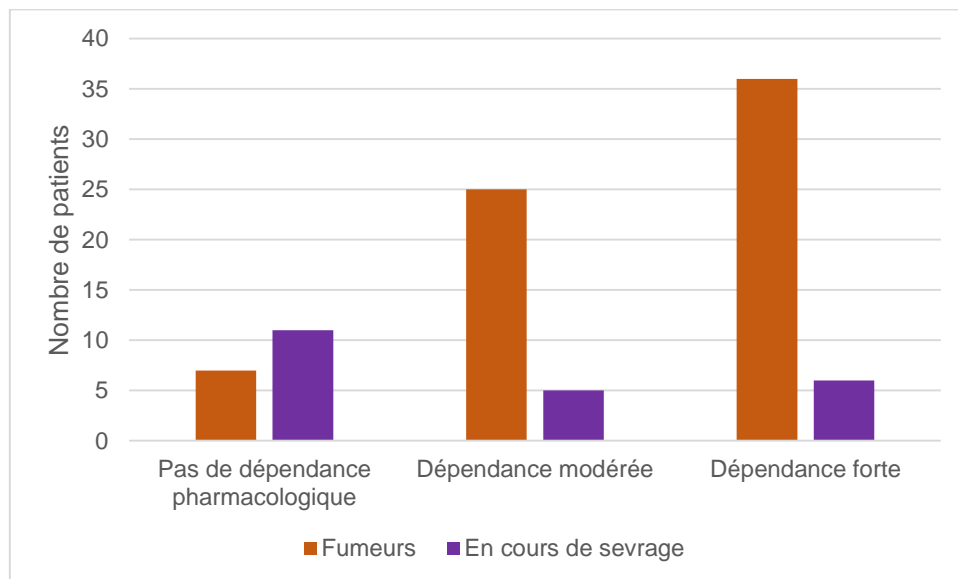


Figure 32 : Interprétation des résultats du test de Fagerström selon le statut tabagique des patients

5.3 Résultats des questionnaires à destination des soignants

5.3.1 Nombre de réponses exploitables des soignants

Le questionnaire a été proposé à chaque personnel soignant des trois centres étudiés.

Centres	Nombre de soignants	Pourcentage
Le Courbat	18	28%
Louis Sevestre	30	48%
Malvau	15	24%
Total	63	100%

Tableau XVI : Nombre de soignants ayant répondu à l'enquête

5.3.2 Présentation des soignants

↳ Sexe

L'étude concernant les soignants est constituée de 48 femmes et de 15 hommes.

	Femmes	Hommes
Le Courbat	14	4
Louis Sevestre	20	10
Malvau	14	1
Total	48	15

Tableau XVII : Répartition des femmes et des hommes en fonction des centres étudiés

↳ Age

La moyenne d'âge des soignants des trois centres est de 40,8 ans.

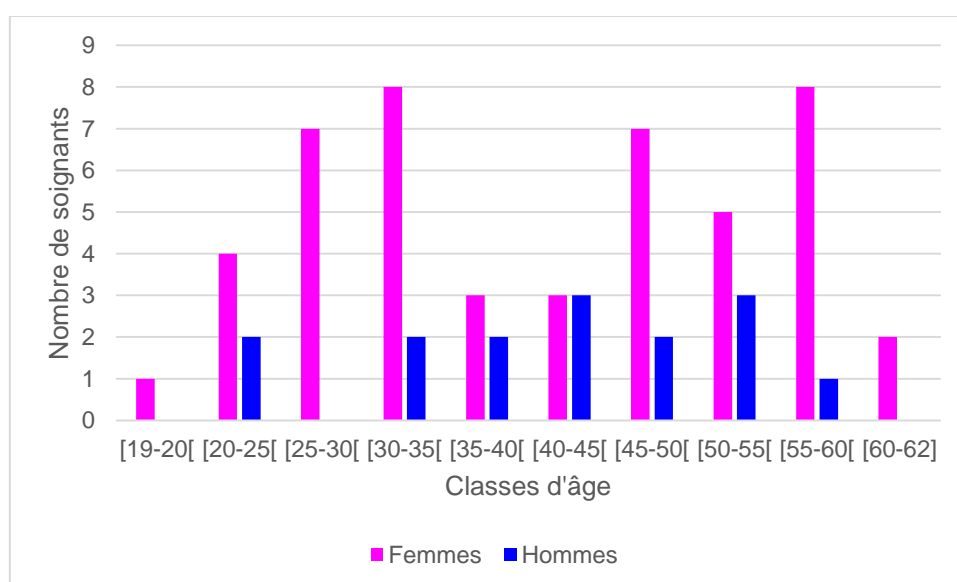


Figure 33 : Age des soignants

↳ Situation professionnelle actuelle

Les infirmiers et les éducateurs constituent 55,56% des personnes ayant répondu au questionnaire. Les médecins psychiatres et autres que psychiatre représentent 11,11%.

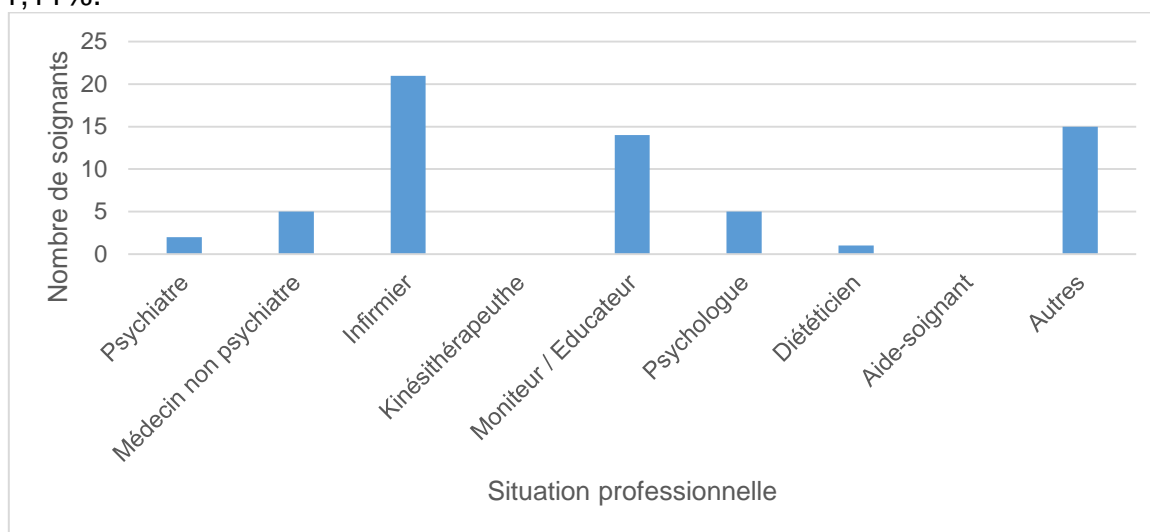


Figure 34 : Répartition des soignants selon leur situation professionnelle

Autre situation professionnelle	Nombre de soignants
Etudiant	8 (7 infirmiers et 1 éducateur)
Cadre	4
Responsable soins infirmiers	1
Policière mise à disposition réseaux ANAS	1
Professeur d'activités physiques adaptées	1

Tableau XVIII : Nombre de personnes ayant une autre situation professionnelle

↳ Nombre d'années d'expérience en SSR-A

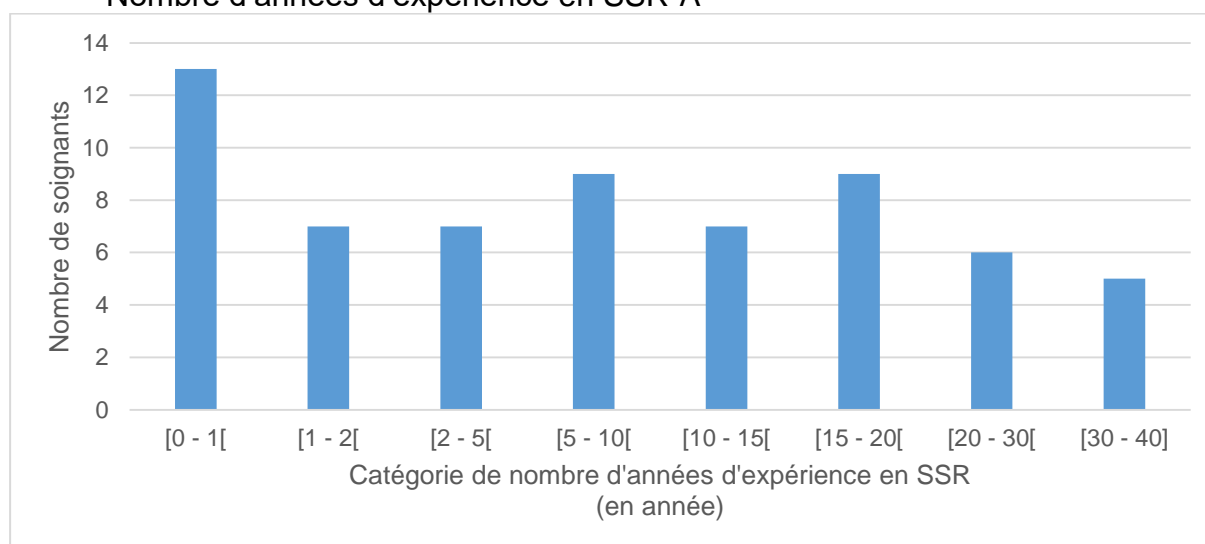


Figure 35 : Nombre de soignants en fonction du nombre d'années d'expérience en SSR-A

13 professionnels de santé, dont les 5 étudiants, ont moins d'un an d'expérience. 43% des professionnels de santé ont au moins 10 d'expérience.

Le nombre d'années d'expérience moyen par profession n'a pas pu être calculé en raison du faible nombre de soignants.

↳ Statut tabagique

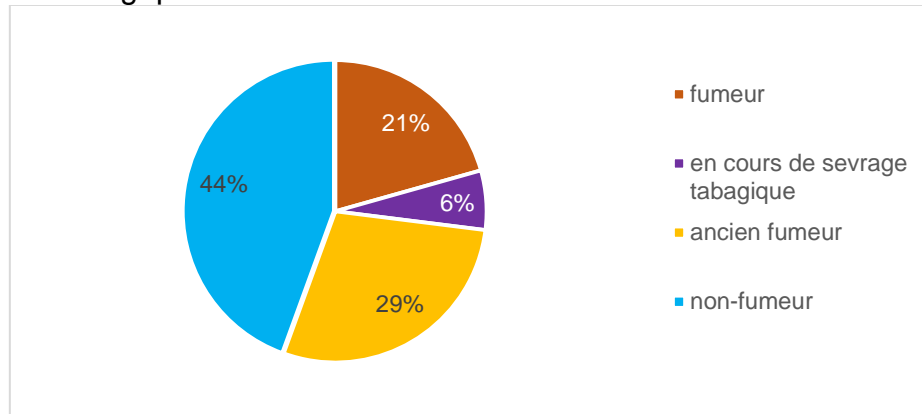


Figure 36 : Statut tabagique des personnels soignants dans les trois centres étudiés

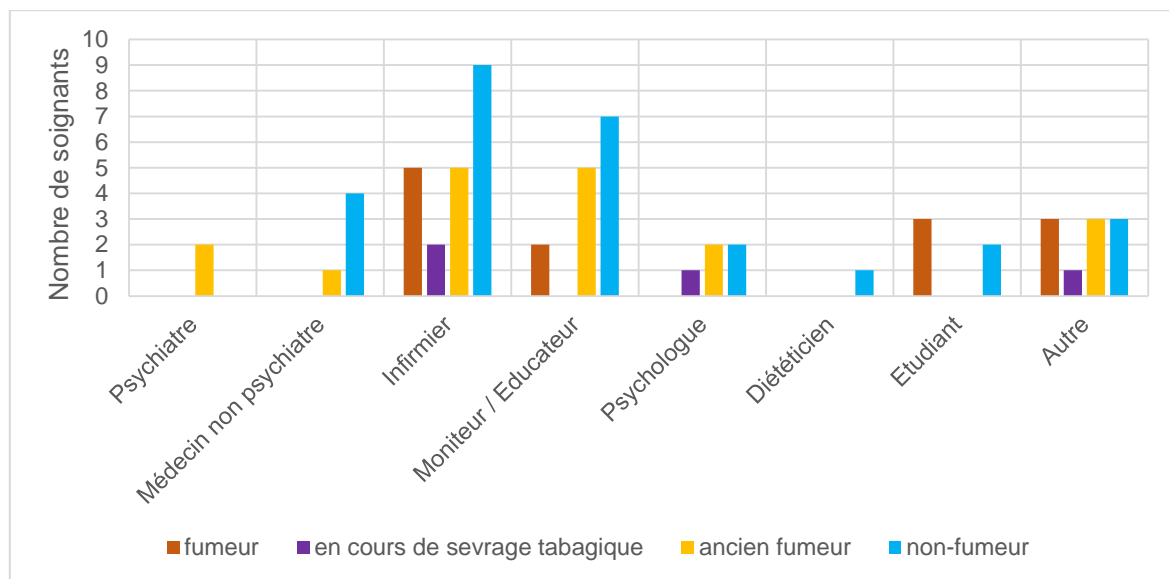


Figure 37 : Statut tabagique en fonction de la situation professionnelle

↳ Diplômes et formations des professionnels soignants

Toutes les personnes n'ont pas répondu aux questions qui composent l'item. Ainsi, pour simplifier l'analyse des résultats, les personnes n'ayant pas répondu ont été considérées comme n'ayant ni diplôme ni formation.

Une infirmière et deux médecins ont répondu « oui » aux quatre formations. Cinq personnes ont une formation en tabacologie et en entretien motivationnel mais n'ont pas de diplôme : trois infirmières, une psychologue et un « autre » (cadre de santé).

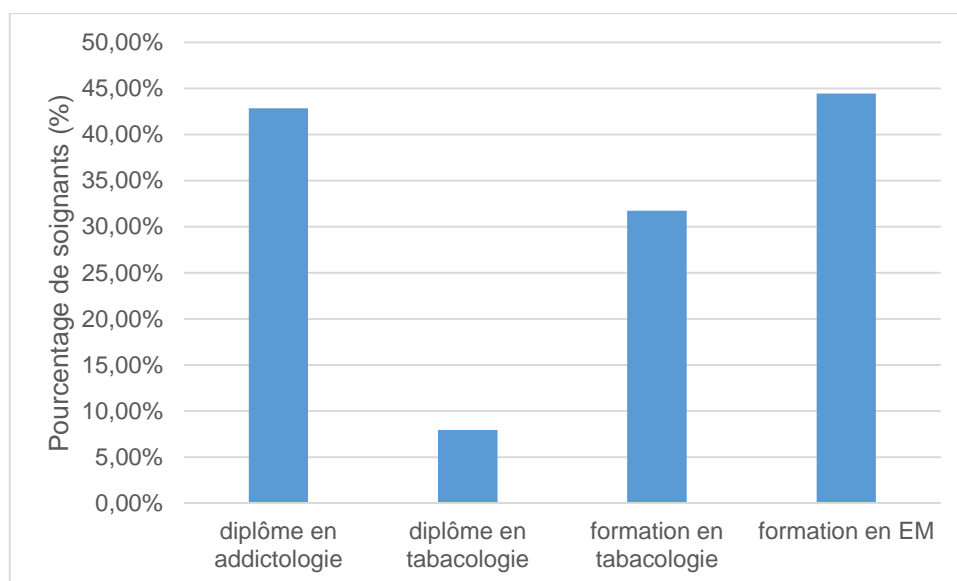


Figure 38 : Diplôme et/ou formation des soignants

Les soignants devaient ensuite répondre aux types de formation qu'ils avaient suivis.

Types de formation	Nombre de soignants
DIU / DU addictologie / capacité d'addictologie / certificat d'addictologie / DESC addictologie	18
DIU ou DU tabacologie	3
DIU alcoologie	11
DU ETP	1
DIU (spécialité non renseignée)	1
Formation tabacologie (interne/externe/ FUN MOOC / UMFC)	9
Formation intervention brève en tabacologie (formation RESPADD ou autre)	2
Formation entretien motivationnel	7
Pendant les études sur l'entretien motivationnel	2
Formations interne et/ou externe (spécialité non renseignée)	3
Pendant les études (spécialité non renseignée)	2

Tableau XIX : Les différents types de formation(s) des soignants

5.3.3 Prise en charge du tabagisme

↳ Proposition à l'arrêt du tabac

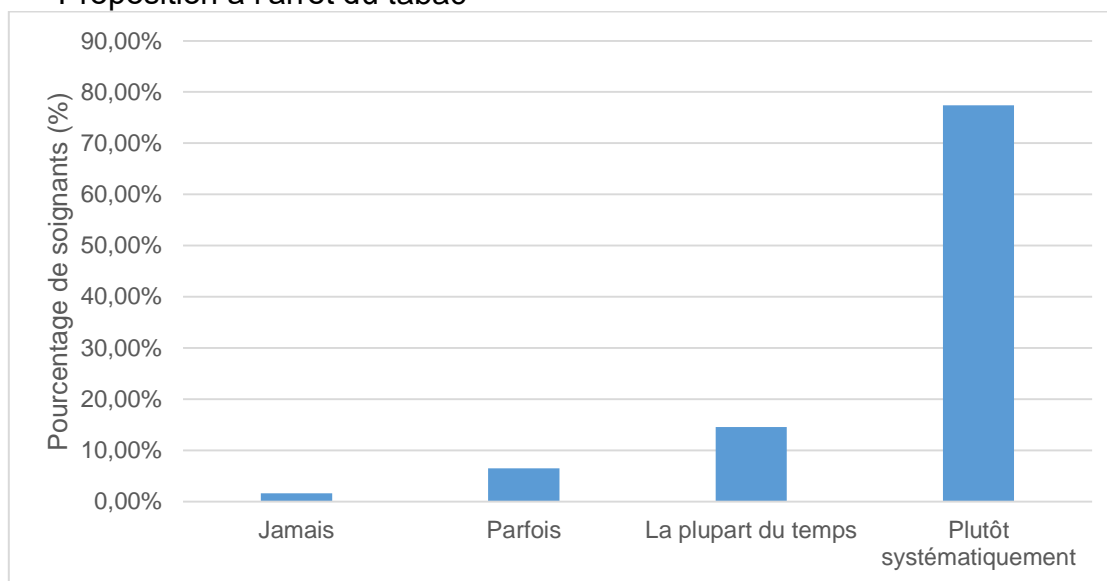


Figure 39 : Proposition pour arrêter le tabac

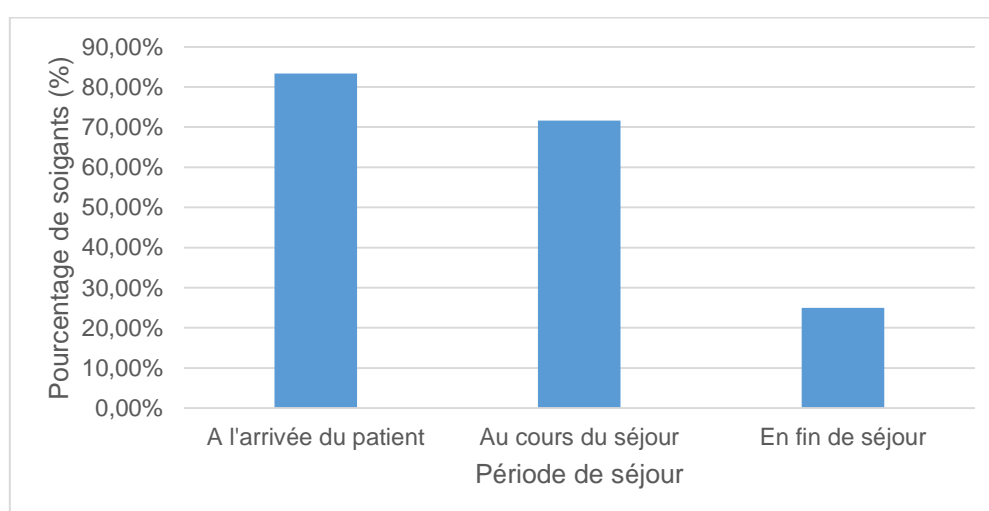


Figure 40 : Proposition à l'arrêt du tabac selon la période de séjour du patient

Nous avons effectué une analyse sur la proposition à l'arrêt du tabac des soignants en fonction de différents paramètres (Tableau XXXVI en Annexe 9). Il en ressort un lien statistique entre la proposition à l'arrêt du tabac et le nombre d'années d'expérience en SSR-A ($p = 0,035$). Ceux ayant moins de 20 ans d'expérience le proposent plus.

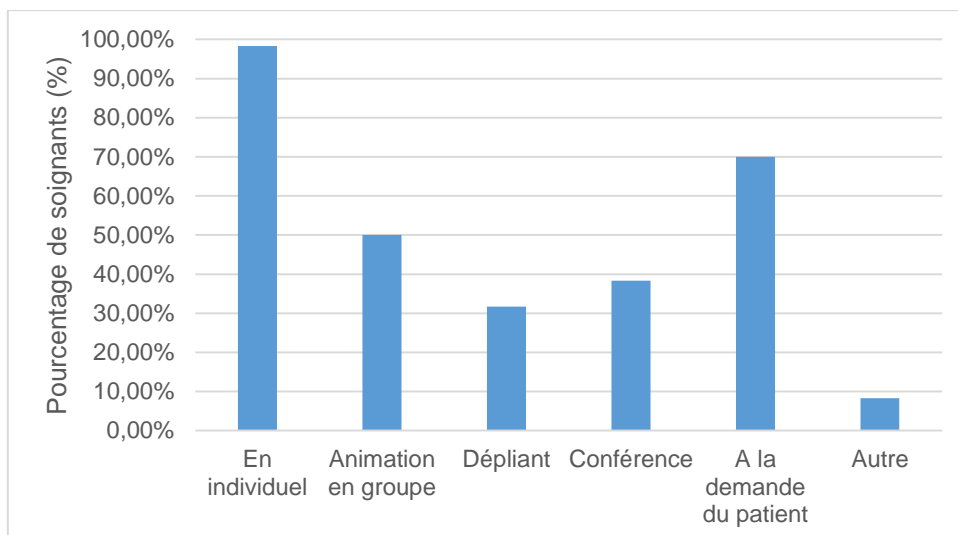


Figure 41 : Formes présentant l'arrêt du tabac

Pour les questions sur la prise en charge médicamenteuse du sevrage tabagique, seuls les soignants pouvant prescrire ont été inclus. Ainsi, l'analyse a été réalisée pour les réponses des psychiatres, des autres médecins et des infirmiers. Cela regroupe donc 28 soignants.

En première intention les professionnels de santé prescrivent à 100% les TSN, quel que soit le centre.

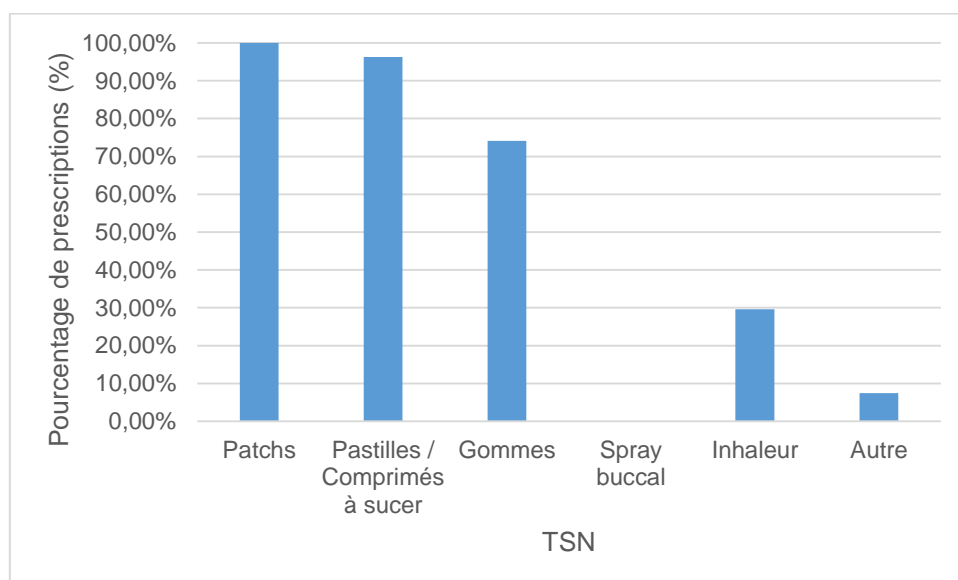


Figure 42 : Prescriptions des soignants en fonction des TSN

54 personnes ont répondu à la question sur les autres méthodes. Les soignants qui ne se sont pas prononcés sont des éducateurs ou des étudiants.

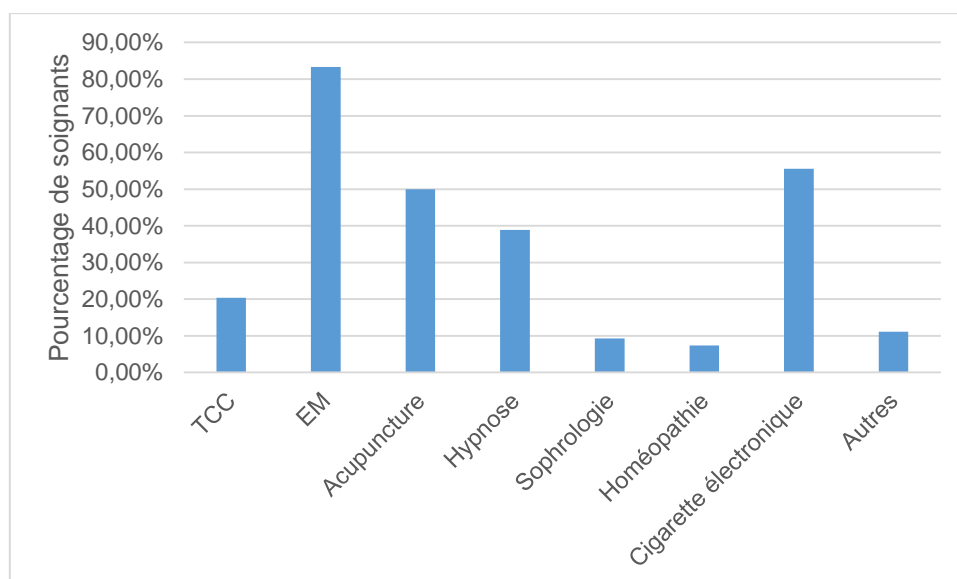


Figure 43 : Méthodes non médicamenteuses proposées par les soignants

Les personnes ayant inscrit « Autres » emploient notamment l'aromathérapie, la relaxation, les réunions de groupe, les consultations avec une psychologue et avec une diététicienne.

↳ Facilité à parler du tabac pour les soignants

A la question « Dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise pour parler du tabac ? », 61 soignants ont répondu.

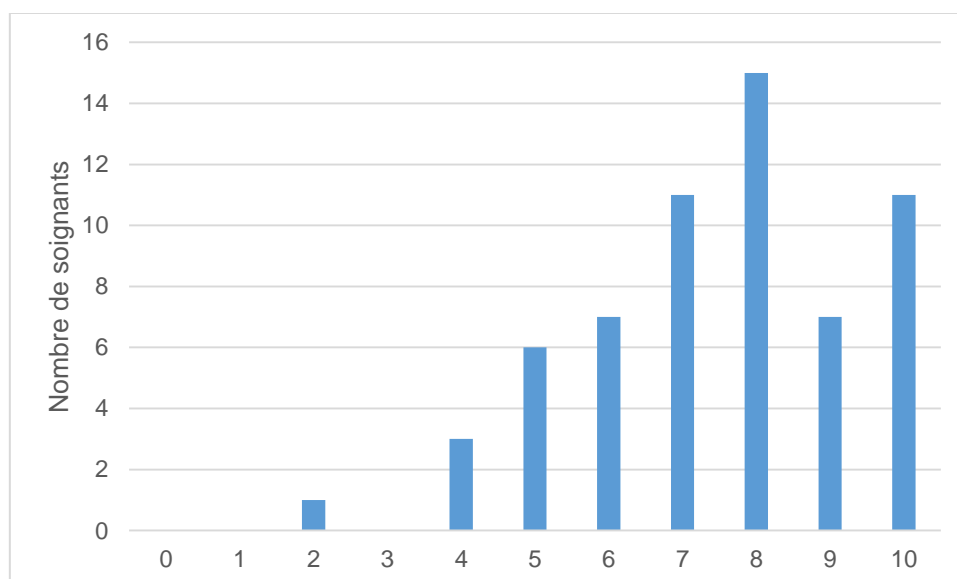


Figure 44 : Facilité à parler du tabac sur une échelle de 0 à 10
(0 : Pas à l'aise du tout ; 10 : Très à l'aise)

Grâce à nos recherches (Tableau XXXVII en Annexe 9), les personnes étant plus à l'aise à parler du tabac sont :

- Ceux ayant ou ayant eu une relation avec le tabac ($p = 0,021$)
- Les personnes ayant un diplôme en addictologie ($p = 0,038$)
- Les personnes ayant un diplôme en tabacologie ($p = 0,044$)

↳ Informations supplémentaires souhaitées par les soignants

60 personnes se sont exprimées sur le fait d'avoir plus d'informations sur la tabacologie. Parmi elle, 82% souhaitent avoir plus d'informations.

Nous avons constaté que les personnes de moins de 40 ans souhaitent majoritairement plus d'informations que les autres ($p = 0,027$: Tableau XXXVIII en Annexe 9)

44 personnes ont répondu au(x) type(s) de formations souhaitées.

Réponses	Nombre de soignants
Formations (mise à jour des connaissances, formations internes ou externes)	23
Dépliants	7
Conférence	5
Interventions (de professionnels, par un collègue)	4
Vidéos / court métrage	3
Informations sur méthode de sevrage et maintien de l'arrêt (EM, TCC, cigarette électronique)	3
DIU	2
Documentations	2
Jeux	1
Congrès de tabacologie	1
Village des addictions / lettre de la Société francophone de tabacologie	1

Tableau XX : Type(s) de formations souhaitées par les soignants

5.3.4 Personnel soignant fumeur

L'enquête comporte 13 fumeurs et 4 personnes en cours de sevrage tabagique. Une personne en cours de sevrage n'a répondu à aucune des questions.

↳ Age de la première cigarette et de l'usage quotidien

Les résultats ont été obtenus à partir des réponses de 15 personnes.

	Moyenne d'âge (en années)
Age de la première cigarette	14,9
Age de l'usage quotidien	18,6

Tableau XXI : Ages des soignants lors de la première cigarette et de l'usage quotidien

↳ Nombre d'arrêts antérieurs de plus d'une semaine
 Parmi les 4 personnes en cours de sevrage, deux n'ont pas répondu à la question.

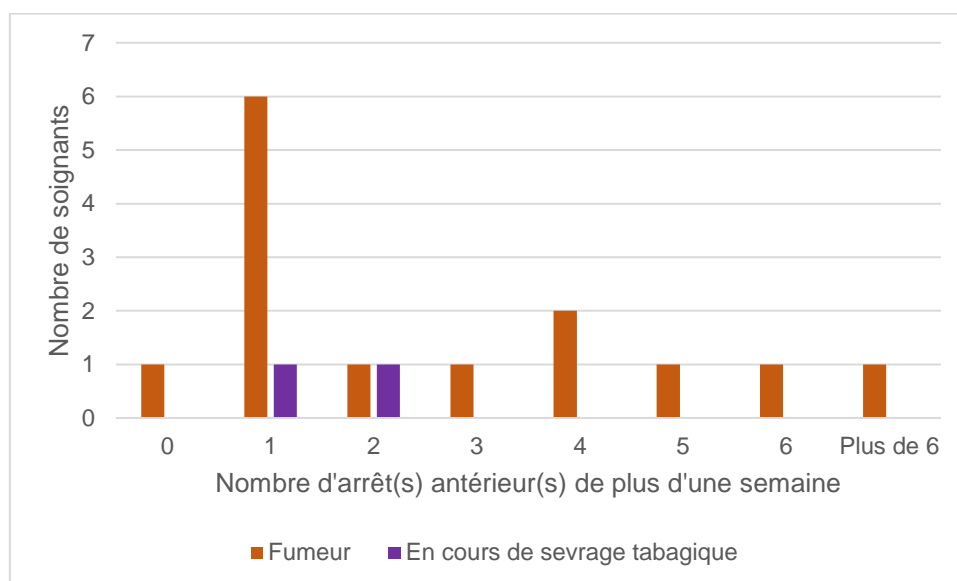


Figure 45 : Nombre d'arrêt(s) de plus d'une semaine effectué(s) par les soignants

↳ Souhait d'arrêter aujourd'hui
 13 soignants souhaitent arrêter de fumer : 3 personnes en cours de sevrage tabagique et 10 fumeurs.

↳ Importance de l'arrêt du tabac
 16 personnes ont répondu aux questionnaires

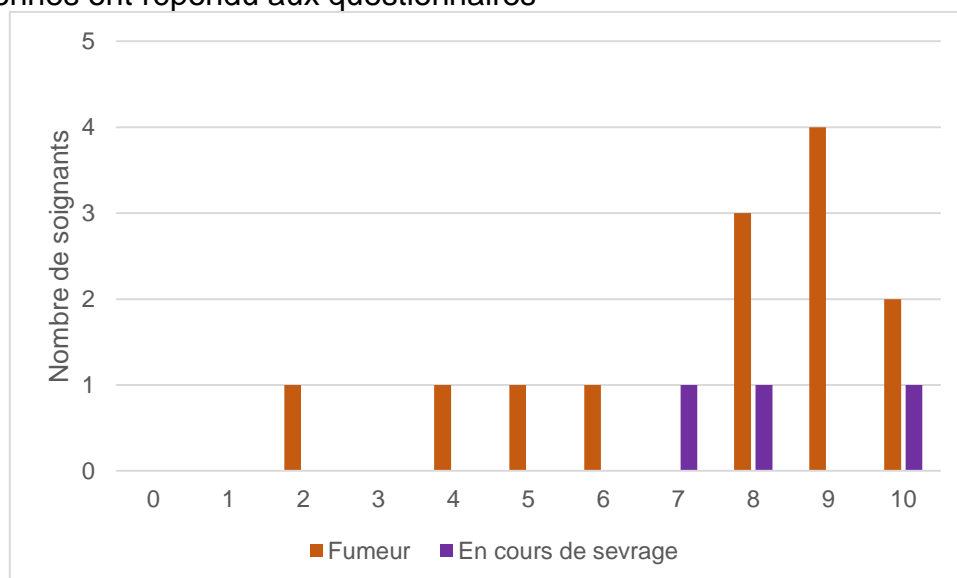


Figure 46 : Importance envers l'arrêt du tabac des soignants en fonction de leur statut tabagique sur une échelle de 0 à 10
 (0 : Pas important du tout ; 10 : Extrêmement important)

↳ Confiance dans l'arrêt du tabac

16 personnes ont répondu aux questionnaires

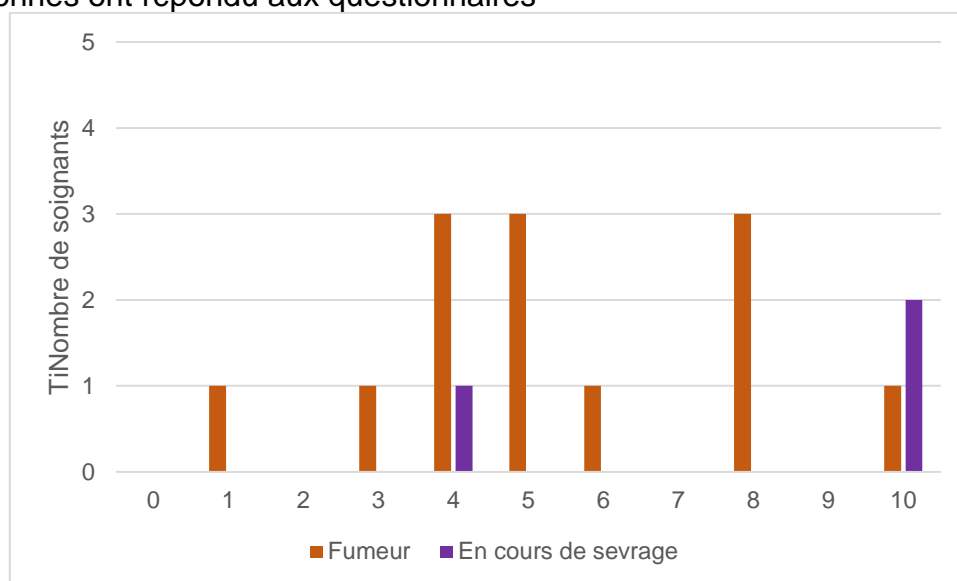


Figure 47 : Confiance des soignants dans leur capacité à arrêter de fumer en fonction de leur statut tabagique sur une échelle de 0 à 10 (0 : Aucune confiance ; 10 : Totale confiance)

↳ Motivations et craintes face à l'arrêt du tabac

Une personne en cours de sevrage n'a pas répondu à la question sur les motivations.

	Fumeurs	En cours de sevrage	Total
Motivations	N = 13	N = 3	N = 16
Argent	10	3	13
Entourage	4	0	4
Liberté	8	1	9
Santé	12	3	15
Autres	0	0	0
Craintes	N = 12	N = 2	N = 14
Echec	1	0	1
Manque	4	2	6
Répercussion sur l'humeur	9	1	10
Prise de poids	7	2	9
Autres	1	0	1

Tableau XXII : Motivations et craintes des soignants face à l'arrêt du tabac

En raison d'un faible effectif de soignants fumeurs, nous n'avons pas pu réaliser d'analyse statistique sur les motivations et les craintes en fonction de leur importance et leur confiance dans l'arrêt du tabac.

↳ Test de Fagerström

Le test de Fagerström a été effectué chez les 16 soignants fumeurs et en cours de sevrage.

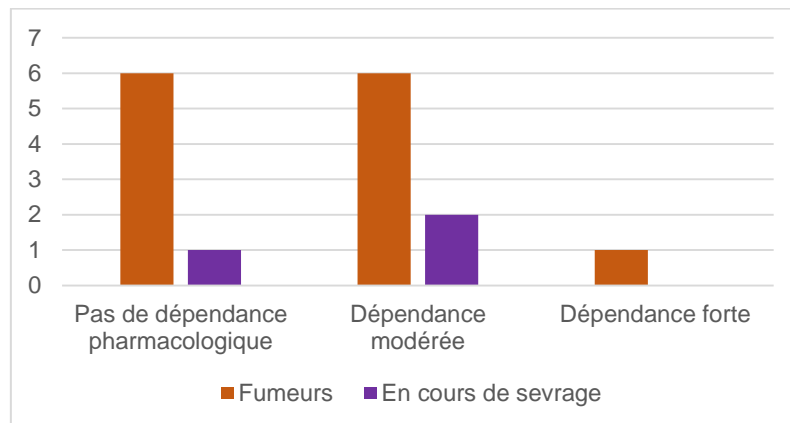


Figure 48 : Interprétation des résultats du test de Fagerström selon le statut tabagique des soignants

5.4 Résultats du quiz sur les connaissances et croyances

5.4.1 Questions posées

Les réponses au test de connaissances seront revues et développées au cours de la discussion.

Question	Intitulé	Réponse (référence)
n°1	La nicotine entraîne une dépendance plus forte que la cocaïne.	VRAI (26)
n°2	Plus le nombre d'arrêts précédents du tabagisme est élevé, plus la chance d'arrêter définitivement augmente.	VRAI (70)
n°3	L'arrêt du tabac fait obligatoirement prendre du poids.	FAUX (71)
n°4	Entre 2017 et 2018, il y a eu une baisse d'1,6 millions de fumeurs(euses) en France.	*
n°5	Le sevrage tabagique ne peut pas se faire en même temps que le sevrage alcoolique.	FAUX (72)
n°6	8 heures après la dernière cigarette, l'oxygénation des cellules redevient normale.	VRAI (73)
n°7	Arrêter le tabac quand on arrête l'alcool renforce le maintien du sevrage en alcool dans le temps.	VRAI (74)
n°8	Le traitement par les substituts nicotiniques (patchs, gommes, pastilles, ...) est en première intention dans la prise en charge de l'arrêt du tabac.	VRAI (33)
n°9	Les substituts nicotiniques ne peuvent pas être prescrits par les infirmiers.	FAUX (75)
n°10	Les substituts nicotiniques sont remboursés à 65% par la sécurité sociale et la mutuelle peut prendre en charge le reste.	VRAI (76)
n°11	Les patients dépendants à l'alcool ne sont pas motivés pour arrêter de fumer.	FAUX (2)

Tableau XXIII : Réponses au quiz

* : La question n°4 n'est pas exploitable sachant qu'une erreur s'est produite lors de la réalisation du questionnaire. L'intitulé devait être : « Entre 2016 et 2018, il y a eu une baisse d'1,6 millions de fumeurs(euses) en France. » Dans ce cas, cette affirmation est vraie. Cela est dû aux personnes qui ont arrêté de fumer et le nombre de nouveaux consommateurs a diminué. (77)

5.4.2 Résultats des réponses

La totalité des patients et des soignants a répondu au questionnaire (188 patients et 63 soignants).

Question	Réponses correctes				p-value
	Patients		Soignants		
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	
n°1	108	57,45%	49	77,78%	0,004
n°2	80	42,55%	35	55,56%	0,073
n°3	107	56,91%	55	87,30%	< 0,001
n°4	-	-	-	-	-
n°5	142	75,53%	62	98,41%	< 0,001
n°6	59	31,38%	39	61,90%	< 0,001
n°7	88	46,81%	43	68,25%	0,003
n°8	142	75,53%	56	88,89%	0,025
n°9	99	52,66%	58	92,06%	< 0,001
n°10	88	46,81%	43	68,25%	0,003
n°11	95	50,53%	56	88,89%	< 0,001

Tableau XXIV : Résultats des réponses correctes des patients et des soignants
Le test du chi-2 a été utilisé pour déterminer la p-value.

L'analyse statistique a pu montrer que les soignants ont mieux répondu que les patients à 9 questions sur les 10 posées (Tableau XXIV).

Suite à l'analyse des réponses des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique, nous avons pu constater que lorsqu'ils ont correctement répondu à au moins 50% des questions :

- Ils ont reçu plus d'informations (Tableau XXXIX en Annexe 9).
- Ils souhaitent davantage l'arrêt du tabac (Tableau XXXIX en Annexe 9).
- Leur importance et leur confiance dans l'arrêt du tabac sont plus élevées (Tableau XL en Annexe 9).

5.5 Forces et faiblesses des deux enquêtes

5.5.1 Forces de l'enquête :

L'enquête a pu se dérouler à un moment donné, ce qui a permis d'avoir le maximum de réponses possibles. L'équipe soignante a tout mis en œuvre pour recueillir le maximum de questionnaires. De plus, les patients pouvaient avoir une aide pour remplir leur questionnaire.

5.5.2 Faiblesses de l'enquête :

Tous les patients n'ont pas eu la même facilité à répondre aux questions. En effet, la plupart des questions à choix simple ont eu des réponses multiples. Ce qui a entraîné des réponses difficilement analysables.

La comparaison des patients et des soignants fumeurs n'a pas pu être réalisée en raison d'un trop faible effectif de soignants.

5.6 Discussion

5.6.1 Tabagisme dans les centres

5.6.1.1 Tabagisme des patients

La majorité des patients ont un lien étroit avec le tabac : 57% de fumeurs, 21% en cours de sevrage et 15% d'anciens fumeurs (Figure 15). Cela est supérieur à la population générale âgée de 18 à 75 ans où le nombre de fumeurs est estimé à 30,4% en 2019 (7). Si nous regroupons les fumeurs et les personnes en cours de sevrage tabagique, alors nous sommes proches des 80% de fumeurs polyconsommateurs présentés dans le dossier Tabagisme et comorbidités addictives du Pr Cottencin et du Dr Vannimenus. (3) De plus, nous avons constaté que ce pourcentage se retrouve chez les patients du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de l'Indre-et-Loire où 85% étaient fumeurs en 2012. (5)

Les patients accueillis dans les centres sont hospitalisés en majorité pour une à plusieurs addictions en plus de la possible addiction au tabac. Sur les 188 patients interrogés, nous retrouvons par exemple 171 patients dépendants à l'alcool (Tableau VIII). Parmi la population étudiée, nous remarquons que l'usage du cannabis est lié à la consommation de tabac (Tableau XXVI en Annexe 9). Dans notre enquête, 100% des consommateurs de cannabis sont fumeurs ou en cours de sevrage. Ce chiffre est corrélé à celui de la HAS qui annonçait, en 2014, que 80% des usagers réguliers de cannabis sont fumeurs. (26) Cela est sans doute lié à la consommation du cannabis. Il est consommé le plus souvent sous la forme de joints, composés de cannabis et de tabac.

La nicotine est une possible porte d'entrée des addictions, nommée « *gateway theory* ». En règle générale, les usagers commencent par une SPA légale (tabac, alcool) puis peuvent poursuivre par des SPA illégales (cannabis, cocaïne, ...). (78) Une étude a pu mettre en évidence que la consommation de nicotine chez la souris entraîne une modification neurobiologique potentialisant les effets de la consommation de cocaïne. (78)

La nicotine entraîne une dépendance plus forte que la cocaïne. → Vrai

Dans notre étude, le potentiel addictogène de la nicotine est sous-estimé, 57% des patients et trois-quarts des soignants ne le savent pas. Selon la HAS, la nicotine a un potentiel addictif plus important que les autres substances psychoactives (héroïne, alcool et cocaïne). (26)

Nous nous sommes intéressés à la catégorie socio-professionnelle des patients vis-à-vis de leur consommation tabagique. Au sein de la population étudiée, les personnes au chômage ou bénéficiaires du RSA fument plus que les autres personnes (Tableau XXVI en Annexe 9). Ce constat est également décrit dans la population générale. En 2018, selon Santé Publique France, le tabac est plus consommé chez les chômeurs que les travailleurs. De plus, lorsque les revenus sont élevés, le nombre de fumeurs quotidiens est moins élevé. (79) Une enquête a pu montrer qu'en 2014, la consommation quotidienne de tabac associée à celle régulière d'alcool est plus présente chez les femmes et les hommes chômeurs. (80)

5.6.1.2 Tabagisme des soignants

Dans nos centres étudiés, nous retrouvons 21% des soignants interrogés fumeurs et 6% de soignants en cours de sevrage (Figure 36). Si nous regroupons ces deux catégories, nous nous approchons des résultats épidémiologiques de France où 30,4% des français fument du tabac en 2019. (7) L'« Enquête tabagisme en blouse blanche » à destination du personnel des établissements de santé réalisée par le Réseau de prévention des addictions (RESPADD) montre également que 26% des soignants sont fumeurs. (81)

5.6.2 Le sevrage tabagique

5.6.2.1 Informations reçues par les patients

L'enquête a pu établir que les informations reçues par les patients dépendaient du statut tabagique. En effet, les fumeurs et les personnes en cours de sevrage recevaient plus d'informations lors du séjour ($p = 0,006$: Tableau XXVII en Annexe 9). Cette population est donc bien ciblée par les soignants.

Plus de la moitié des patients déjà informés le sont avant d'entrer dans un des centres (Figure 18). Certains ont cité internet, les médias ou même l'entourage comme source d'informations.

Certains patients ont répondu qu'ils n'avaient pas eu d'informations sur le sevrage tabagique. Cela semble intrigant car les trois centres parlent du tabac. En effet, par exemple au centre le Courbat, une journée sans tabac était organisée lors de l'enquête. De plus, au centre Malvau, l'enquête a été réalisée lors du mois de novembre, période du Moi(s) sans tabac, et les soignants avaient organisé des séances au sujet du tabac. Au centre Louis Sevestre, des conférences sur le tabac sont également organisées.

Dans les trois centres étudiés, peu de patients ont répondu « à la fin du séjour ». Mais cela est peut-être sous-estimé car les patients interrogés ne sont pas à la fin de leur séjour. En effet selon les résultats précédents, ils ont passé en moyenne 6 semaines au centre sur les 8 à 11 semaines prévues.

Nous constatons que la durée de séjour déjà effectuée influe sur les informations reçues par les patients fumeurs et en cours de sevrage ($p = 0,037$: Tableau XXVIII en Annexe 9). En effet, ces patients ont reçu plus d'informations après 6 semaines d'hospitalisation ou plus. Cela est peut-être lié au fait que les soignants proposent l'arrêt du tabac tout au long du séjour (Figure 40).

Quelques soient les addictions recherchées, nous n'avons pas pu montrer de lien statistique entre les addictions des patients et les informations reçues sur le sevrage tabagique (Tableau XXVIII en Annexe 9). Cela semble donc montrer que les patients reçoivent des informations sur le sevrage tabagique quel que soit leur motif d'hospitalisation.

Lors de l'enquête nous avons pu constater que, selon les patients, les infirmiers et les médecins étaient les deux types de professionnels qui donnaient le plus d'informations (Figure 19). Nous retrouvons cette tendance dans la thèse sur l'« Etat des lieux de la prise en charge du tabagisme des patients suivis en services d'addictologie du Nord-Pas-de-Calais » du Dr Julie Machin où 94,1% des infirmiers et 91,9% des médecins abordaient le tabac. (82)

5.6.2.2 Proposition de l'arrêt du tabac par les soignants

La HAS recommande que tous les professionnels de santé soient impliqués dans l'aide au sevrage tabagique. (33) En ce qui concerne les soignants interrogés, plus de 80% d'entre eux proposent l'arrêt du tabac dès l'arrivée des patients (Figure 40). Sur l'intégralité du séjour, 77,4% de soignants interrogés proposent plutôt systématiquement et 14,5% la plupart du temps (Figure 39). Ces chiffres sont comparables à une étude effectuée sur 149 internes au CHRU de Tours qui a mis en évidence que 90% d'entre eux recherchaient fréquemment le statut tabagique du patient. (83,84)

Les raisons pour lesquelles les soignants ne proposent pas systématiquement l'arrêt du tabac peuvent être les suivantes :

- Ils manquent de connaissance sur le sujet. (83)
- Ils pensent que c'est une perte de temps. (83)
- Ils considèrent que le tabagisme est mieux accepté socialement et qu'il est moins dangereux que d'autres SPA. (72)
- Ils ne veulent pas nuire au sevrage alcoolique qui leur semble prioritaire par rapport au sevrage tabagique. (72)

La consommation de tabac des patients devra être connue pour adapter le discours du soignant et réaliser le conseil d'arrêt. La HAS a présenté un algorithme pour faciliter la décision à prendre par le professionnel de santé (Figure 49). (33)

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Algorithme 1. Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac

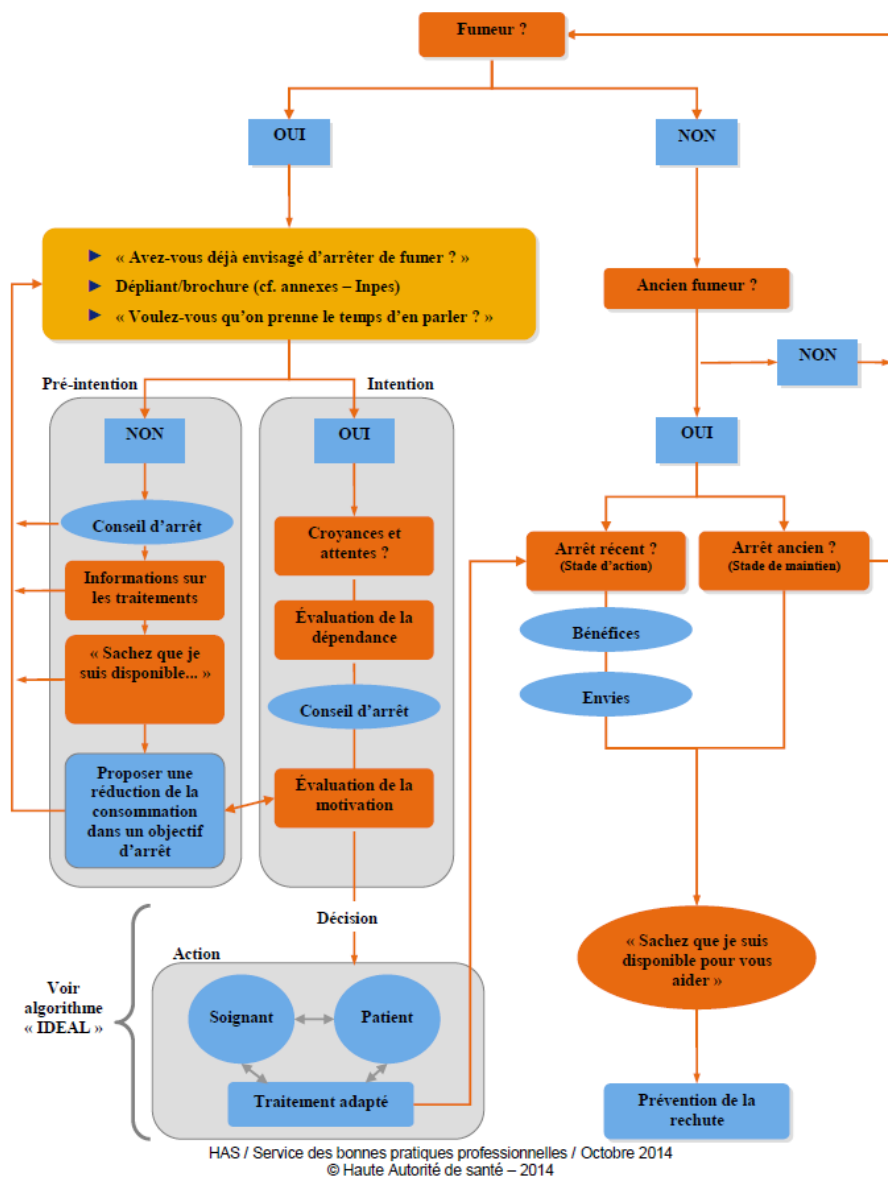


Figure 49 : Algorithme du dépistage à la mise en place d'un traitement aidant au sevrage tabagique selon la HAS en 2014 (33)

Le conseil d'arrêt permet d'indiquer au fumeur que l'arrêt du tabac est préférable pour sa santé, quelle que soit sa motivation (Cycle de Prochaska-DiClemente). Il devra être présenté de façon claire et personnalisée. (33)

Le professionnel de santé devra ensuite accompagner le consommateur dans sa démarche de réduction ou d'arrêt. Dans le référentiel de la HAS sur le tabac de 2015, un algorithme (Figure 50) présente la démarche à suivre lors d'une intervention brève selon le stade de motivation du patient. (26)

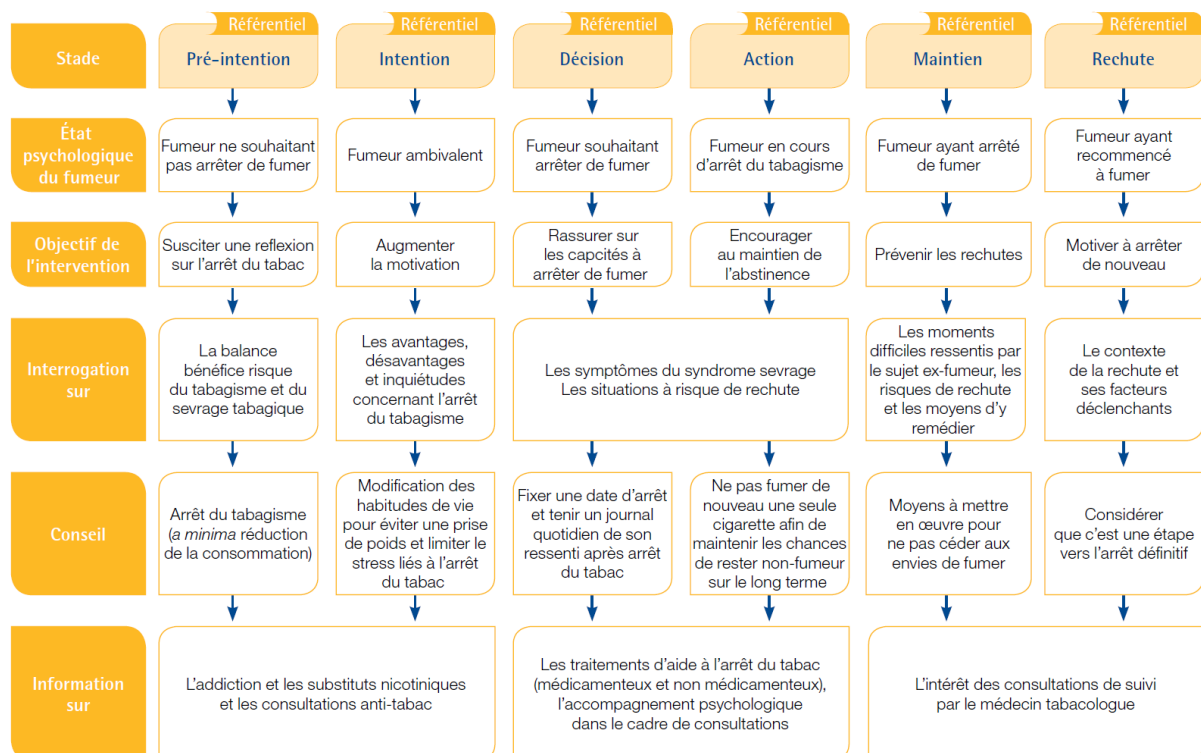


Figure 50 : Algorithme sur l'intervention brève en fonction du stade de motivation du fumeur issu de la HAS en 2015 (26)

En ce qui concerne la proposition à l'arrêt du tabac des soignants effectuée par les soignants, nous n'avons pas pu montrer de différence statistique significative selon leur sexe, leur âge, leur situation professionnelle (médecins/infirmier(e)s *versus* autres professions) ou leur formation. Nous n'avons également pas prouvé de différence significative entre les soignants non-fumeurs et ceux ayant ou ayant eu une relation avec le tabac (Tableau XXXVI en Annexe 9). Ceci est contraire à d'autres études. Par exemple en 2002, une enquête chez les médecins généralistes de la Vienne a pu mettre en évidence que les fumeurs demandent moins aux patients s'ils fument ou s'ils envisagent d'arrêter de fumer. (85) De plus, lors de l'étude sur 149 internes interrogés, une différence significative a pu également être mise en évidence entre les non-fumeurs et les fumeurs. (83)

Seule la proposition à l'arrêt du tabac diffère selon le nombre d'années d'expérience passées au sein d'un centre SSR-A ($p = 0,035$: Tableau XXXVI en Annexe 9). En effet, les personnes ayant moins de 20 ans d'expérience proposent plus l'arrêt du tabac que les autres. Cela est peut-être dû à leur formation plus récente.

5.6.2.3 Facilité des soignants à parler du tabac

La facilité à parler de l'arrêt du tabac a été recherchée chez les soignants car elle nous paraissait essentielle pour pouvoir proposer l'arrêt du tabac. Mais, nous n'avons pas pu montrer que la facilité de parler de ce sujet change selon la fréquence de proposition à l'arrêt du tabac (Tableau XXXVII en Annexe 9).

En revanche, nous constatons que les personnes actuellement ou anciennement fumeuses ont plus de facilité à parler du tabac avec les patients que les non-fumeurs ($p = 0,021$: Tableau XXXVII en Annexe 9). Ceci est possiblement dû à leur propre expérience sur le tabac. Cette tendance est également retrouvée dans l'enquête réalisée chez les médecins généralistes de la Vienne. En effet, les médecins fumeurs pensent que le fait de fumer n'influence pas ou même favorise la communication avec les patients. (85) En revanche, le soignant ne devra pas masquer la réflexion du fumeur en évoquant son propre tabagisme. Il nous semble important de penser qu'un soignant non-fumeur n'est pas moins bien placé pour parler d'addiction avec un patient. C'est le lien d'empathie qui fait la différence. (86)

Nous n'avons pas mis en évidence que ces deux catégories proposaient différemment l'arrêt du tabac (Tableau XXXVII en Annexe 9). L'expérience personnelle du soignant ne doit pas être prise en considération pour aider les patients à arrêter de fumer. (86)

Nous avons constaté que certaines formations des soignants leur permettent d'être plus à l'aise pour parler du tabac (Tableau XXXVII en Annexe 9). En effet, les soignants ayant un diplôme en addictologie et/ou en tabacologie ont plus de facilité à parler du tabac. Cela peut être lié au fait que les soignants diplômés sont plus intéressés sur ce sujet et se sont spécialisés. Ils ont par conséquent plus de connaissances pour aborder le tabac et d'aisance relationnelle.

5.6.2.4 Sevrage au cours du séjour d'hospitalisation

Sur l'ensemble des patients fumeurs, 67,96% souhaitent arrêter de fumer dès aujourd'hui et 100% des patients en cours de sevrage tabagique (Tableau XXXI en Annexe 9). Ceci est supérieur aux 10,3% des fumeurs qui envisageaient l'arrêt du tabac dans le mois à venir, en 2017 selon l'OFDT. (87) Ceci montre donc que l'hospitalisation en SSR-A est un lieu propice dans l'arrêt du tabac.

De plus, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence statistique significative entre le souhait d'arrêter de fumer et le sexe, l'âge ou la situation professionnelle des patients. Nous avons vu précédemment que les informations reçues par les patients sur le sevrage étaient plus nombreuses après les six semaines d'hospitalisation. Cependant, nous n'avons pas pu établir de différence statistique significative sur le souhait d'arrêter de fumer et la durée de séjour effectuée. Nous avons tout de même constaté, sans surprise, que l'arrêt du tabac était davantage souhaité par les personnes en cours de sevrage tabagique que par les fumeurs ($p < 0,001$: Tableau XXXI en Annexe 9). De plus, l'importance et la confiance dans l'arrêt du tabac pour les personnes en cours de sevrage tabagique sont plus élevées que chez les fumeurs ($p < 0,001$: Tableau XXXII et Tableau XXXIII en Annexe 9).

Deux méthodes existent dans le sevrage tabagique. Il peut se faire de façon brutale (arrêt du jour au lendemain) ou de manière progressive. Dans les deux cas, le patient pourra être accompagné par un professionnel de santé et aidé par la prise de TSN. Dans notre étude, nous n'avons pas recherché la méthode souhaitée par le patient. En revanche, s'il choisit la réduction de sa consommation de tabac, il devra avoir comme objectif final l'arrêt définitif. La réduction seule ne diminue notamment pas significativement le risque de morbi-mortalité cardiovasculaire. (88) En effet, le patient va absorber de façon plus importante la fumée. Cela va lui permettre d'avoir autant de nicotine qu'avant sa réduction. Cependant, la prise de goudron sera en corrélation avec sa consommation de tabac et est donc aussi toxique pour le patient. (89) Pour diminuer cela, l'usage de TSN pourra être utilisé. L'association à un soutien thérapeutique par un professionnel de santé est également nécessaire. Cette méthode peut être employée par les personnes ne désirant pas ou ayant des difficultés à arrêter de fumer. (33) Au début, le patient pourra fumer tout en utilisant les dispositifs transdermiques. (26)

❖ Sevrage tabagique et co-addictions

Dans notre enquête à destination des patients, la population interrogée est hospitalisée pour d'autres motifs que le tabagisme. Nous avons vu que la majorité était prise en charge pour une ou plusieurs addictions.

Le motif d'hospitalisation des patients le plus représenté dans notre enquête est l'alcool. Dans cette population, 77,78% sont fumeurs ou en cours de sevrage tabagique (Tableau XXVI en Annexe 9). En 1995, l'étude de Batel et al. a montré que 88% des personnes dépendantes à l'alcool étaient fumeuses. De plus, il a été mis en évidence le lien entre la quantité de tabac fumé et la sévérité de la dépendance alcoolique. (90) Les gros fumeurs (30 cigarettes par jour ou plus) consomment plus d'alcool que les petits fumeurs (moins de 30 cigarettes par jour) et les gros consommateurs d'alcool fument plus que les petits buveurs. (1)

Les patients dépendants à l'alcool ne sont pas motivés pour arrêter de fumer. → Faux

Chaque patient a un niveau de motivation différent pouvant être représenté par le cycle de Prochaska et DiClemente. Ainsi, les individus dépendants à l'alcool ne sont pas au même stade de motivation. Des études ont montré que les alcoolodépendants s'intéressent à l'arrêt du tabac mais le plus souvent après le sevrage alcoolique ou à une autre drogue. (2) Par exemple, dans l'étude de Bobo de 1998, parmi les 575 patients dépendants à l'alcool, 24% d'entre eux étaient en phase de contemplation tandis que 14% de ces patients étaient déjà en phase de préparation ou d'action. (74) Dans notre étude, nous n'avons pas pu mettre en évidence une différence statistique significative entre l'importance des patients ayant une addiction à l'alcool et ceux qui ne l'ont pas. (Tableau XXXII en Annexe 9). Mais, 76% des personnes dépendantes à l'alcool souhaitent arrêter de fumer (Tableau XXXI en Annexe 9).

Dans notre étude, nous avons vu précédemment que les personnes dépendantes au cannabis sont plus fumeuses que les autres. Mais, cela n'empêche pas de les accompagner vers l'arrêt du tabac car cette catégorie de patients a une importance envers l'arrêt du tabac plus élevée que les autres ($p = 0,046$: Tableau XXXII en Annexe 9).

Mais, nous n'avons pas pu remarquer de différence statistique significative selon la confiance dans l'arrêt du tabac et le type d'addiction des patients (Tableau XXXIII en Annexe 9).

Lors de l'étude nous n'avons pas recherché la façon dont ils allaient effectuer leur sevrage. Deux méthodes existent, l'une simultanée et l'autre séquentielle.

La commission d'audition, « Abus, dépendance et polyconsommations : stratégies de soins » de 2007 recommande :

- « de privilégier chaque fois que cela est possible le sevrage conjoint, simultané ou successif rapproché, des différentes SPA consommées en association ;
- de ne jamais refuser *a priori* la prise en charge de l'usage problématique d'une seule SPA si, malgré les efforts d'information, la personne le demande. » (91)

Le sevrage tabagique ne peut pas se faire en même temps que le sevrage alcoolique. → Faux

La conférence de consensus de 1999 sur le sevrage du patient alcoolodépendant recommande de « proposer le sevrage simultané dès que la motivation des patients le permet ». (72) En effet, si le patient est motivé à arrêter de fumer, le soignant devra tout mettre en œuvre pour accompagner le patient.

En revanche, si le patient ne souhaite pas faire de sevrage simultané, le soignant devra systématiquement l'aborder après le sevrage alcoolique. (92) Ces informations sur le sevrage alcoolique chez un patient fumeur sont dans le référentiel de bonnes pratiques cliniques édité par la société française d'alcoologie (SFA). (92)

Arrêter le tabac quand on arrête l'alcool renforce le maintien du sevrage en alcool dans le temps. → Vrai

Chez les patients alcoolodépendants fumeurs, leur consommation d'alcool est le plus souvent liée à la consommation de tabac. (93) Ainsi, lorsque ce patient va arrêter l'alcool, il existe un risque de rechute suite à la prise de tabac. (72) C'est pourquoi l'arrêt du tabac est à envisager en même temps que celui de l'alcool. Bobo et al. ont montré que les personnes en sevrage alcoolique recevant un accompagnement sur l'arrêt du tabac restent plus longtemps abstinentes à l'alcool que les autres. (74) Cela montre un effet positif de la démarche vers l'arrêt du tabac sur le maintien de l'abstinence à l'alcool.

Lors d'un sevrage alcoolique, les petits fumeurs vont consommer plus de cigarettes tandis que les gros fumeurs vont moins en fumer. Mais leur taux de nicotémie n'est pas modifié. Cela pourrait signifier l'origine d'une adaptation comportementale. (94)

Les anciens fumeurs consommant de l'alcool mais non dépendants à cette substance devront limiter leur consommation car le risque de rechute du tabagisme est plus important. En effet, selon Burton et Tiffany, la consommation d'alcool augmente l'envie de fumer (93), également illustré dans la Figure 51.

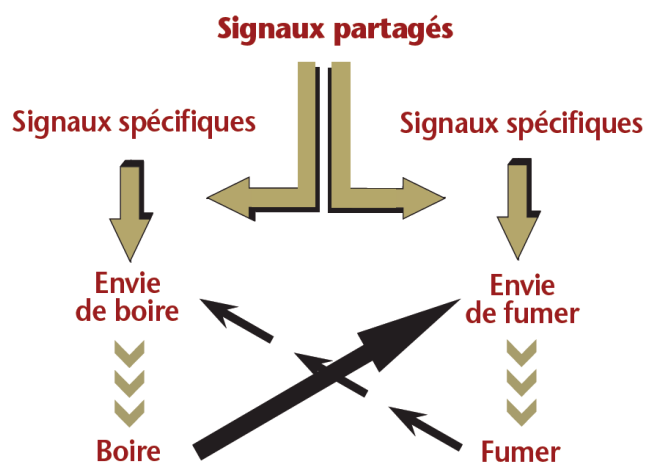


Figure 51 : Lien entre la consommation d'alcool et de tabac selon les signaux environnementaux et internes (95)

❖ Sevrage tabagique et comorbidités psychiatriques

Les patients n'ont pas seulement plusieurs addictions mais ils ont également des comorbidités psychiatriques et cognitives pour la plupart. Plusieurs hypothèses présentent des explications sur cette situation. Premièrement, les patients ayant des troubles psychiatriques peuvent s'automédiquer avec des substances addictogènes. (3) Deuxièmement, une autre hypothèse considère que l'existence d'un trouble psychiatrique associé à un trouble addictif est due à une vulnérabilité génétique. (3) Dans l'enquête, nous n'avons pas recherché les pathologies psychiatriques. Mais nous pouvons supposer qu'elles étaient présentes chez plusieurs patients. De plus, les personnes ayant un trouble bipolaire ou des dépressions récurrentes font moins de tentatives d'arrêt du tabac que la population générale. Lors d'une hospitalisation pour un sevrage, il ne faut pas négliger l'accompagnement vers l'arrêt du tabac car, chez les fumeurs ayant une comorbidité psychiatrique, l'espérance de vie est diminuée de dix à quinze ans. (96)

Nous avons un aperçu sur certaines comorbidités psychiatriques. Sur 11 patients ayant au moins la dépression comme motif d'hospitalisation, nous retrouvons 5 fumeurs et 4 personnes en cours de sevrage tabagique. Ces chiffres obtenus confirment les études montrant que les individus ayant des comorbidités psychiatriques fument plus que dans la population générale. En effet, il existe un lien entre la dépression et le tabagisme, l'un pouvant être la conséquence de l'autre et inversement. (97)

Ainsi, les soignants devront être vigilants sur le risque de dépression des personnes arrêtant la consommation de tabac. La survenue d'un état dépressif peut arriver entre un et trois mois après l'arrêt du tabac. Le risque est renforcé si le patient a un antécédent d'épisode dépressif majeur. (98) De plus, les personnes ayant des antécédents dépressifs risquent également d'avoir un trouble de l'humeur.

Bien que nous n'ayons pas recherché ce trouble, l'anxiété des patients est également à prendre en compte lors du sevrage tabagique. Avant l'arrêt du tabac, le niveau d'anxiété et de dépression du patient doit être évalué notamment avec l'échelle HAD. (33) En effet, les patients ayant des troubles anxieux préexistants risquent d'avoir une majoration de l'anxiété lors des deux premières semaines suivant le sevrage tabagique. Mais un mois après, elle diminue à un niveau plus faible qu'avant. (99)

❖ Sevrage tabagique et rechutes

Pour la plupart des patients, ce n'est pas la première fois qu'ils essaient d'arrêter de fumer. Dans l'enquête, 30% des patients fumeurs ont déjà arrêté leur consommation entre 1 et 3 semaines. Environ 23% des fumeurs ont déjà arrêté au moins un an (Figure 27).

Les rechutes font partie intégrante du processus de l'arrêt du tabac. Ce sont des étapes pour permettre l'abstinence « définitive ». La rechute est définie selon la HAS comme « la reprise non souhaitée de l'usage quotidien du tabac après une période d'abstinence volontaire dans le cadre d'une tentative d'arrêt ». (26)

Plus le nombre d'arrêts précédents du tabagisme est élevé, plus la chance d'arrêter définitivement augmente. → Vrai

Lorsque le patient a déjà arrêté, cela lui permet d'acquérir de l'expérience pour ses prochaines tentatives. Ainsi, cela lui permettra d'éviter ce qui n'avait pas fonctionné. Cet apprentissage l'entraînera à terme à l'arrêt définitif. Pour le Pr Lagrue, il ne « s'agit pas d'échec, mais de marches vers le succès ». (70) En général, quatre reprises sont nécessaires pour atteindre cet objectif. (42)

Lorsqu'une personne en cours de sevrage ou un ancien fumeur reprend une cigarette, le risque de rechute est important. Ceci est décrit par Marlatt et Gordon en 1985 sous le nom d'« effet de violation de l'abstinence ». En effet, le patient va avoir une dissonance cognitive entre le fait de vouloir une abstinence absolue et la consommation de la cigarette. Un sentiment de culpabilité est alors ressenti. Ainsi, pour résoudre ce conflit interne, le patient risque de ne plus être abstinent. (100 in 101) C'est pourquoi, le soignant a un rôle pour accompagner le patient à ne pas rechuter et à positiver les reprises en leur donnant du sens. Comme vu dans la partie 3.3.3, les TTC via les colonnes de Beck pourront être utilisées par le patient. L'EM sera également important pour renforcer sa motivation et son engagement vers la poursuite de son abstinence tabagique.

Les facteurs de risque d'échec du sevrage tabagique devront être identifiés, en voici les exemples (102) :

- Facteurs de rechute initiaux :
 - Motivation insuffisante
 - Dépendance forte
 - Trait anxieux-dépressif associé
 - Consommation excessive d'alcool
 - Consommation de drogues illicites
- Facteurs de rechute survenant en cours de sevrage :
 - Syndrome de manque
 - Syndrome anxieux-dépressif se démasquant lors du sevrage
 - Prise de poids

5.6.2.5 Motivations face au sevrage

L'arrêt du tabac est un processus pouvant durer de nombreuses semaines ou années. Chaque fumeur a ses propres motivations pour permettre cet arrêt. Lors de l'enquête, nous en avons proposé quatre : Argent, Entourage, Liberté et Santé.

Par ordre décroissant, les motivations des patients et des soignants sont la santé, l'argent, la liberté et l'entourage (Tableau XIII et Tableau XXII).

❖ La santé

Nous avons pu mettre en évidence que la santé est la motivation la plus mentionnée par les patients et les soignants. De plus, nous avons pu constater que les patients attribuant le facteur santé prioritaire considèrent que l'arrêt du tabac est plus important que ceux n'ayant pas ce facteur ($p < 0,001$: Tableau XXXIV en Annexe 9). De plus, leur confiance dans l'arrêt du tabac était supérieure aux autres patients ($p = 0,005$: Tableau XXXV en Annexe 9). Cela peut sous-entendre que la santé comme motivation est liée à la connaissance de la toxicité du tabac. De plus, dans les autres motivations, ils ont mentionné : la grossesse, la santé de leur entourage (Tableau XIV).

Lors du test de connaissances, nous avons pu voir que les patients ne savaient pas que les bénéfices à l'arrêt du tabac apparaissent rapidement (Tableau XXIV).

8 heures après la dernière cigarette, l'oxygénation des cellules redevient normale. → Vrai (73)

Peu importe l'âge auquel le fumeur arrête, une amélioration sur sa santé est présente en particulier au niveau cardio-vasculaire (Tableau XXV).

Temps après la dernière cigarette	Bénéfices de l'arrêt
20 minutes	Pression sanguine et pulsations du cœur revenues à la normale
8 heures	Oxygénation des cellules revenue à la normale Diminution de moitié de la quantité de monoxyde de carbone dans le sang
48 heures	Amélioration du goût et de l'odorat
72 heures	Respiration plus facile Début de la relaxation des bronches
2 semaines	Diminution du risque d'infarctus du myocarde
3 mois	Diminution de la toux et de la fatigue Récupération du souffle Marche plus facile
1 an	Diminution de moitié du risque d'infarctus du myocarde
5 ans	Risque d'accident vasculaire cérébral équivalent aux non-fumeurs
10 ans	Diminution d'environ moitié du risque de cancer du poumon Diminution du risque de cancer de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, de la vessie, du col de l'utérus et du pancréas
Environ 15 ans	Espérance de vie quasi-équivalente à celle des personnes n'ayant jamais fumé

Tableau XXV : Bénéfices liés à l'arrêt du tabac selon tabac-info-service.fr (73)

❖ L'argent

La seconde motivation est l'argent. Cela est sans doute dû aux hausses successives du prix du tabac depuis des années qui entraînent une motivation supplémentaire. Par exemple, en France, le prix du paquet de cigarettes le plus vendu est passé de 8,80€ en juin 2019 à 10 euros en juin 2020. (103) Certains estiment que la « meilleure vaccination anti-tabac est son prix ». L'OFDT a présenté en 2019 que l'augmentation du prix du paquet de cigarettes est inversement proportionnelle à la vente de tabac. (10)

❖ La liberté

Le patient vit depuis plusieurs années avec le tabac. Une dépendance s'est installée. 97% des fumeurs en sont conscients. Ainsi, un tiers des fumeurs pense être esclave de leur tabagisme. (26) Nous avons pu établir que les patients ayant la liberté comme motivation considèrent que l'arrêt du tabac est important ($p = 0,003$: Tableau XXXIV en Annexe 9). De plus, ces personnes ont plus confiance face à l'arrêt du tabac que les autres patients ($p = 0,010$: Tableau XXXV en Annexe 9). Cela montre donc que les patients hospitalisés pour une autre addiction veulent, en général, également arrêter de fumer pour se sentir libre de tout produit.

❖ L'entourage

Nous avons vu, dans la partie 2.1.3 Les trois piliers de l'addiction, que le rôle des pairs (famille, amis) pouvait entraîner l'initiation de la consommation de SPA. En revanche, cet entourage peut changer au cours de la vie du patient. Cela va donc avoir une influence sur l'évolution de la motivation du fumeur. En effet, l'entourage non-fumeur fait partie des facteurs prédictifs à l'arrêt du tabac. (26) Dans la thèse de pharmacie sur « Les craintes et les motivations du fumeur à l'arrêt du tabac » de Dr Bérénice Dorn lorsque les patients avaient pour motivation l'entourage, ils avaient plus de chance d'arrêter à 1 mois. (104) En revanche dans notre étude, nous n'avons pas pu établir de différence significative sur l'importance et la confiance des patients à arrêter de fumer lorsqu'ils ont comme motivation l'entourage.

5.6.2.6 Craintes face au sevrage

L'étude de Dr Bérénice Dorn n'avait pas pu mettre en évidence que les craintes exprimées par les patients avaient un effet prédictif sur l'arrêt du tabac. (104) Dans notre enquête, nous avons proposé quatre craintes : le manque, la répercussion sur l'humeur, la prise de poids et l'échec. Nous n'avons pas établi de lien statistique entre les craintes des patients et leur importance dans l'arrêt du tabac (Tableau XXXIV en Annexe 9). Cependant, nous avons mis en évidence que les personnes mentionnant au moins le manque comme crainte ont moins de confiance dans l'arrêt du tabac ($p = 0,019$: Tableau XXXV en Annexe 9).

❖ Le manque

Plus de la moitié des patients ont peur du manque (Tableau XIII). Le manque peut se manifester de différentes manières : physique, psychologique, comportementale. En plus d'un manque de nicotine, le patient peut également avoir le manque du geste. En effet, le patient réalise en moyenne 20 mouvements avec sa main vers la bouche par cigarette fumée. (26)

Nous avons mis en évidence que les patients ayant pour crainte le manque ont moins de confiance que les autres patients ($p = 0,019$: Tableau XXXV en Annexe 9). Il est donc possible que ceux ayant plus confiance dans l'arrêt du tabac ont mis en œuvre différentes façons pour atténuer les symptômes du sevrage et ainsi ne pas craindre le manque. Par exemple, les TSN font partie des traitements permettant aux patients de ne pas être en manque de nicotine. De plus, pour permettre de pallier au manque, des conseils devront être fournis par les soignants en fonction des symptômes ressentis par le patient.

Symptôme	Durée	Conseils à prodiguer
Étourdissements	1 ou 2 jours	Se détendre et contrôler sa respiration
Mal de tête	Variable	Se détendre
Fatigue	2 à 4 semaines	Faire de l'exercice et dormir plus longtemps
Toux	< 7 jours	Boire de l'eau
Oppression thoracique	< 7 jours	Se détendre
Troubles du sommeil	< 7 jours	Éviter de consommer en soirée des boissons ou des aliments contenant des excitants tels le café, le chocolat et le cola
Constipation	3 à 4 semaines	Boire beaucoup d'eau, manger des aliments riches en fibres et faire de l'exercice
Faim	Quelques semaines	Prendre trois repas peu caloriques par jour
Manque de concentration	Quelques semaines	Prévoir cette situation et s'y préparer
Envie très forte de fumer	Surtout les premières semaines	S'occuper, l'envie de fumer ne durant habituellement que quelques minutes

Figure 52 : Conseils à donner selon les symptômes du syndrome de sevrage de nicotine issus de la HAS (26)

❖ La répercussion sur l'humeur

Elle représente la deuxième crainte des patients et la première des soignants (Tableau XIII et Tableau XXII). La crainte de la répercussion sur l'humeur peut être à l'origine d'un sevrage précédent qui ne s'était pas bien déroulé. En effet, la répercussion sur l'humeur peut correspondre à l'un des symptômes du syndrome de sevrage tabagique. (Annexe 4 et Annexe 5). Elle peut s'observer chez certaines personnes dans les heures qui suivent l'arrêt du tabac et dure en général 3 à 4 semaines. (89) De plus, les troubles de l'humeur vont être, en général, amplifiés chez les personnes ayant des antécédents dépressifs. (99)

Le stress et l'irritabilité sont souvent mentionnés par les personnes en cours de sevrage et les fumeurs considèrent généralement que la cigarette est un « anti-stress ». En revanche, ceci n'est qu'une idée reçue car en réalité la nicotine permet uniquement au fumeur de ne plus être en manque. Une méta-analyse de 2014 a montré que les patients ayant arrêté de fumer ont au long cours moins d'anxiété, de dépression et de stress que les fumeurs. De plus, leur qualité de vie au niveau psychologique est améliorée. (105)

❖ La prise de poids

La crainte de prendre du poids a été mentionnée aussi bien par les patients que les soignants (Tableau XIII et Tableau XXII).

L'arrêt du tabac fait obligatoirement prendre du poids. → Faux

Une méta-analyse du Pr Aubin en 2012 montre certes une augmentation du poids d'en moyenne 4 à 5 kg au cours des douze premiers mois suivant l'arrêt du tabac. Cette prise se fait en général lors des trois premiers mois d'abstinence. Cependant, la prise de poids peut varier d'un individu à un autre. En effet, il a été constaté qu'entre 16% et 21% des anciens fumeurs ont perdu du poids tandis que 13% à 14% ont pris plus de 10 kg. (71)

La prise de poids est causée par plusieurs raisons :

- Le fumeur pèse en général moins lourd que le non-fumeur. La nicotine est un « coupe-faim », elle entraîne une diminution de l'appétit tout en augmentant la lipolyse et le métabolisme de base. En effet, lorsqu'une personne fume 20 cigarettes par jour, elle augmente son métabolisme de base d'environ 200 kcal/24h. (106)
- Un des symptômes du sevrage tabagique est l'augmentation de l'appétit. (14,22) L'anxiété peut également entraîner le grignotage.

Si le patient veut éviter la prise de poids, il devra faire attention à son alimentation et réfléchir à son comportement. L'alimentation devra être variée et équilibrée. Un exercice physique régulier est également à mettre en place. (107) Le soignant peut surveiller le poids du patient tout au long de son sevrage. Le cas échéant, il peut orienter le patient vers un(e) diététicien(ne). (33) Le soignant pourra également l'accompagner dans l'élaboration de ses priorités et stratégies.

❖ L'échec

C'est la crainte la moins mentionnée dans notre enquête (Tableau XIII et Tableau XXII). La rechute représente le plus souvent l'échec. En revanche, comme nous avons vu précédemment, elle fait partie du processus d'arrêt du tabac (5.6.2.4 Sevrage au cours du séjour d'hospitalisation). Le soignant ne devra pas stigmatiser le patient en cas de rechute. Il devra l'accompagner, évaluer sa motivation et être à son écoute pour entamer une nouvelle démarche vers l'arrêt.

5.6.2.7 Prise en charge thérapeutique des patients

Au cours du sevrage tabagique, l'accompagnement des patients est très important. Pour permettre une réussite plus importante, des méthodes médicamenteuses ou non sont à conseiller. En effet, Hughes et al. ont montré que les fumeurs arrêtant sans aide ont un taux d'abstinence de 3 à 5% entre 6 et 12 mois après l'arrêt. (108)

❖ Méthodes médicamenteuses

Le traitement par les substituts nicotiniques (patchs, gommes, pastilles, ...) est en première intention dans la prise en charge de l'arrêt du tabac. → Vrai

Lorsqu'un traitement pharmacologique est nécessaire, les TSN sont indiqués en première intention. Il faudra en plus que le patient soit accompagné psychologiquement. (33)

Nous avons constaté que les médecins prescrivent unanimement en première intention les TSN, ce qui est en accord avec les recommandations de la HAS. Ce nombre est également représenté dans l'étude sur les internes tourangeaux qui a pu montrer que 74% d'entre eux prescrivaient des TSN quels que soient leur sexe, leur statut tabagique et leur ancienneté. (83)

Les substituts nicotiniques ne peuvent pas être prescrits par les infirmiers. → Faux

Seulement 52,66% des patients le savaient (Tableau XXIV). Depuis la mise en application de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les prescripteurs des TSN sont : les médecins y compris médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmier(e)s et les masseurs-kinésithérapeutes. (75)

L'extension du nombre de prescripteurs a notamment pu permettre aux infirmiers du CHRU de Tours de prescrire les TSN. Ce qui a permis une augmentation de 25,2% de prescriptions de TSN en 2 ans (de 2017 à 2019). (109)

L'enquête à destination des soignants a mis en évidence que les médecins et infirmiers prescrivaient tous des patchs. L'étude sur la prescription infirmière des TSN au CHRU de Tours a également pu montrer que la forme transdermique était la plus prescrite. (109)

Les formes prescrites par plus de 70% des soignants sont les pastilles ou comprimés à sucer et les gommes (Figure 42). Ces résultats sont corrélés aux formes utilisées par les patients actuellement en sevrage qui utilisaient en majorité ces mêmes formes. Les patients fumeurs de l'enquête ayant déjà arrêté ont également utilisé en majorité les patchs et les pastilles par rapport aux autres formes médicamenteuses. (Figure 28) Les formes des TSN, notamment orales, sont à prescrire selon la préférence du patient pour faciliter l'observance.

Nous constatons que les soignants prescrivent des patchs et des formes orales. Cette association a pu montrer que l'abstinence à 6 mois est plus importante qu'avec une seule forme de TSN. (33)

L'inhalateur a également été ou est utilisé par 10 à 20% des patients et est prescrit par 30% des soignants des centres (Figure 28 et Figure 42). L'avantage pour ce produit est sa forme. Le patient peut le mettre à la bouche et utilise donc la même gestuelle que lorsqu'il fume une cigarette. (110) Cela peut être considéré comme productif, ou contre-productif, c'est l'avis du patient qui est souverain. L'inhalateur a été globalement détrôné par la cigarette électronique, mais il reste utile.

En revanche, le spray est la forme de TSN qui est ni prescrite, ni même utilisée par les patients (Figure 28 et Figure 42). Cela vient du fait que le spray contient de l'alcool. Par conséquent, il n'est pas recommandé chez les personnes ayant une addiction à l'alcool, population retrouvée en majorité dans les centres étudiés.

Lorsque le soignant a prescrit les TSN, il doit s'assurer dès le début du sevrage que le patient ne présente pas de signes de sous- ou de surdosage. Les TSN seront utilisés jusqu'à ce que le patient n'en ait plus besoin. (33)

Les autres médicaments de deuxième intention dans l'arrêt du tabac – ZYBAN® et CHAMPIX® – ont été très peu utilisés par les patients (Figure 28). Ceci s'explique notamment par leurs effets indésirables et leurs contre-indications. Le ZYBAN® est contre-indiqué chez les patients en sevrage alcoolique ou médicamenteux pouvant entraîner un risque de convulsions (notamment les benzodiazépines). De plus, il est contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents de bipolarité. (38)

Pour permettre une continuité dans les soins, les patients pourront se voir prescrire des TSN lors de leur sortie.

Les substituts nicotiniques sont remboursés à 65% par la sécurité sociale et la mutuelle peut prendre en charge le reste. → Vrai

Depuis le 1^{er} janvier 2019, les TSN inscrits sur « La liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance Maladie » sont remboursés à 65% par l'Assurance Maladie. Le ticket modérateur peut être pris en charge par la complémentaire santé. Ainsi, le patient n'avance pas les frais lorsque ces substituts sont dispensés en pharmacie. (76) Cette mesure avait été présentée dans l'action n°8 : « Mieux prendre en charge économiquement les traitements de substitution nicotinique » du Programme Nationale de Lutte contre le tabac (PNLT) 2018 – 2022. Avant cette date, les patients devaient avancer les frais et étaient remboursés par la sécurité sociale à hauteur de 150 euros par an. (111)

Lors de la sortie du patient, le soignant pourra lui mentionner cette prise en charge car seulement 46,81% des patients en avaient connaissance. (Tableau XXIV)

❖ Méthodes non médicamenteuses

Les TSN permettent uniquement de traiter la dépendance physique. Nous avons vu précédemment que l'addiction au tabac dépasse largement cette notion physique. C'est pourquoi l'accompagnement par TCC, EM ou autres méthodes de soutien est essentiel au sevrage et au maintien du sevrage.

Une alliance thérapeutique doit être établie entre le soignant et le patient fumeur. (86) La motivation du patient est nécessaire pour arriver à l'arrêt du tabac. Elle pourra être renforcée par l'EM. Dans les centres étudiés, au moins 80% l'utilisent (Figure 43) et plus de 44% des soignants ont une formation pour cette méthode (Figure 38).

L'information des patients doit se faire de façon motivationnelle. Cela va permettre au patient de s'exprimer plus facilement notamment grâce aux questions ouvertes posées par le soignant. De plus, au cours de l'entretien, le soignant utilise la technique : Demander – Demander – Fournir – Demander. (46) Par exemple, dans la situation où le soignant s'entretient avec un fumeur qui est actuellement en SSR-A :

- Demander – Demander : *Que savez-vous de l'arrêt du tabac au cours du sevrage de votre dépendance à l'alcool (ou autres SPA) ? Est-il possible d'en parler ?*
- Fournir : Après la réponse affirmative du patient, le soignant pourra apporter brièvement des réponses, des informations complémentaires.
- Demander : *Que pensez-vous des nouvelles informations que je viens de vous apporter ? Qu'allez-vous en faire ?* Il est possible de reformuler les propos du patient. Ceci est fait dans le but de renforcer la motivation du patient et sa participation active.

A la fin de la séance un résumé de l'entretien est effectué par le soignant pour que le patient se sente compris. De plus, le patient pourra également planifier ses objectifs à court et à long terme.

L'EM peut être modélisé de la façon suivante :

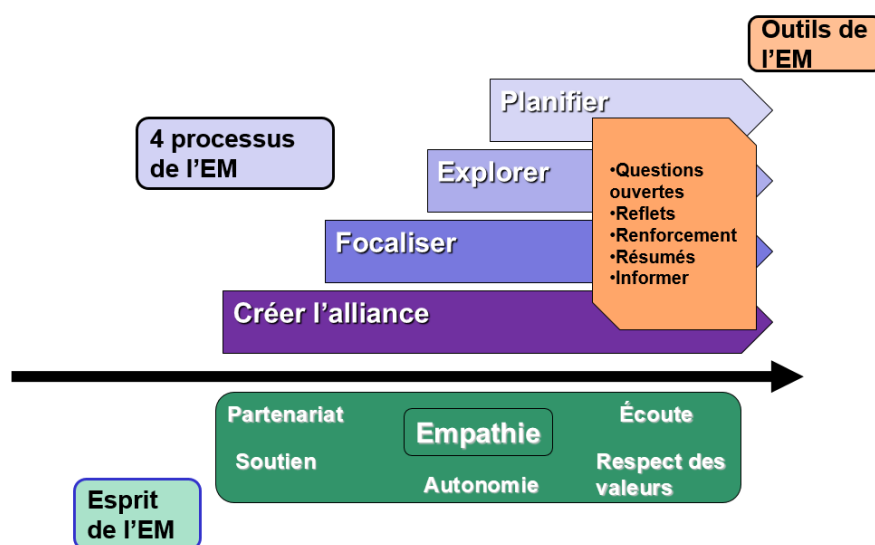


Figure 53 : Modélisation de l'entretien motivationnel

Le soignant pourra utiliser la méthode des 5 A pour accompagner le patient à arrêter le tabac. Elle se réalise de la même manière que l'EM et est adaptée en fonction du stade de motivation du patient. (112) La méthode comporte cinq étapes :

- Ask : Poser des questions
- Advise : Conseiller
- Assess : Evaluer
- Assist : Aider, soutenir
- Arrange : Organiser

L'écoute active des patients est importante. Pour cela, les soignants devront éviter les douze « barrières à l'écoute active » nommées également impasses relationnelles. (113) Gordon en a défini douze :

1. Approuver, donner son accord
2. Effrayer, menacer
3. Rassurer, consoler
4. Donner des conseils, fournir la solution, faire des suggestions
5. Persuader, argumenter, démontrer
6. Ordonner, diriger, commander
7. Moraliser, dire au patient ce qu'il devrait faire
8. Juger, critiquer, blâmer, désapprouver
9. Interpréter, analyser
10. Etiqueter, humilier, ridiculiser
11. Enquêter, questionner
12. Changer de sujet, faire de l'ironie

Il faudra faire attention à la place que prennent le soignant et le patient symboliquement de façon consciente et/ou inconsciente. Cela peut s'illustrer avec le « triangle dramatique de Karpman », c'est-à-dire que chaque personne, lors d'une situation, prend un des trois rôles définis : sauveur, victime ou persécuteur. Cependant, les rôles peuvent s'inverser. Ainsi, le soignant ne devra donc pas être considéré comme un sauveur car ce dernier pourra changer de position et devenir persécuteur. De même, si le patient se considère victime, il pourra devenir persécuteur. Le produit ou le comportement addictif fait également office de sauveur, puis de persécuteur symboliquement.

Pour ne pas entrer dans ce triangle, il est nécessaire de connaître le problème ainsi que ses protagonistes et laisser la personne résoudre son problème par elle-même. De plus, ce triangle dramatique peut être contré par le triangle des « trois P » : Protection, Permission, Puissance. Pour cela, l'individu se donne la possibilité de changer en se donnant les moyens d'agir face à soi-même ou sa relation à l'autre. (114)

❖ La cigarette électronique

Elle n'a pas été abordée lors de notre enquête. Mais depuis sa commercialisation, elle est de plus en plus utilisée : en 2018, 3,8% de personnes l'utilisaient quotidiennement contre 2,7% en 2017. (10) Lors de notre enquête, nous avons constaté qu'elle est ou a été utilisée par plus de 35% des patients (Figure 29). Ce qui est similaire au 34,4% des adultes de 18 à 75 ans ayant déjà essayé au moins une fois la cigarette électronique en 2019, selon l'OFDT. (7)

La cigarette électronique est conseillée par au moins 50% des soignants dans les trois centres étudiés (Figure 43). Nous avons même vu que certains soignants la considéraient comme un TSN, ce qui n'est pas le cas. Selon la HAS en 2014, la cigarette électronique ne fait pas partie des recommandations pour le sevrage ou la réduction tabagique en raison d'un manque de données sur leur innocuité. En revanche, si le patient refuse les TSN, il peut tout de même utiliser la cigarette électronique en association d'un soutien psychologique. (33) En 2016, le Haut Conseil de Santé publique recommande que la cigarette électronique soit destinée au patient ayant pour souhait l'arrêt du tabac accompagné par un professionnel de santé. De plus, il met en évidence que des recherches doivent être faites pour prouver que la cigarette électronique a un risque sanitaire moindre que la cigarette. (115)

5.6.3 Informations supplémentaires sur le sevrage tabagique

5.6.3.1 Au niveau des patients

Les fumeurs et les personnes en cours de sevrage tabagique souhaitent plus d'informations que les anciens fumeurs et ceux n'ayant jamais fumé ($p < 0,001$: Tableau XXIX en Annexe 9). Ce lien a été recherché car l'entourage est possiblement une motivation à l'arrêt et peut être fumeur. Nous avons considéré qu'il serait donc intéressant d'informer également les patients pour qu'ils diffusent les informations apprises au centre à leur entourage. L'information pour tous est reprise dans l'action n°27 « Lutter contre la sous-information et la désinformation de la société civile sur les questions de tabac » recommandant la création d'un portail internet pour diffuser des informations fiables et objectives sur le tabac. (111)

Dans notre enquête, 55,48% des fumeurs et personnes en cours de sevrage tabagique souhaitent plus d'informations (Tableau XXIX en Annexe 9). Nous avons recherché des liens entre le souhait d'avoir des informations et le sexe, l'âge, le nombre d'arrêt(s) du tabac antérieur(s), l'addiction. Cependant nous n'avons pas trouvé de résultats significatifs (Tableau XXX en Annexe 9). Nous n'avons pas pu établir de lien statistique entre la durée de séjour et le souhait d'informations supplémentaires mais le résultat était proche d'être significatif ($p = 0,051$: Tableau XXX en Annexe 9). En effet, le nombre de personnes voulant des informations est plus important au début du séjour. Cela montre donc que les patients sont informés au cours du séjour, ce qui a été montré dans la partie 5.6.2.1 Informations reçues par les patients.

Nous avons constaté que les patients souhaitaient être informés à plus de 60% en individuel. Cela peut signifier que le patient ne souhaite pas être jugé par les autres.

Le soignant pourra ainsi se consacrer exclusivement au patient. La deuxième et la troisième positions concernent respectivement l'animation en groupe et les conférences. (Figure 22) Ceci montre que les patients souhaitent être informés directement par les soignants et non pas sur des supports. Nous pouvons ainsi dire que les patients recherchent un contact humain pour améliorer leur connaissance du sevrage tabagique.

Les formes citées par les patients correspondent à celles déjà mises en place dans les centres étudiées. En effet, plus de 90% des soignants présentent l'arrêt du tabac de façon individuelle et à 50% en animation de groupe (Figure 41).

Il serait peut-être utile de renforcer ces formes d'informations pour permettent aux patients demandeurs d'être satisfaits. Dans les centres, il existe des séances sur le thème du tabac proposées aux patients. Par exemple, lors de la diffusion de l'enquête à destination des patients au centre le Courbat, une journée sur le tabac y était dédiée. Au centre Louis Sevestre, des conférences sont également organisées pour permettre aux patients d'être informés sur le sujet. Au centre Malvau, par exemple un après-midi a été organisé avec différents ateliers concernant le tabac, la prise en charge thérapeutique et la cigarette électronique.

L'information claire des patients est nécessaire pour empêcher la diffusion de fausses informations. Nous avons mis en évidence grâce au test de connaissance que les patients en sevrage tabagique ou fumeurs ayant reçu des informations avaient plus de bonnes réponses que les autres ($p = 0,004$: Tableau XXXIX en Annexe 9)

Nous avons également pu mettre en évidence que les patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique ayant plus de 50% de bonnes réponses au test de connaissance ont une importance dans l'arrêt du tabac plus grande que les autres ($p = 0,012$). Il en est de même pour la confiance face à l'arrêt du tabac chez les patients ($p = 0,035$). (Tableau XL en Annexe 9) Cependant, nous ne savons pas si le nombre de bonnes réponses entraîne une confiance et une importance à l'arrêt du tabac plus importantes ou si c'est l'inverse. Il est important que les patients soient informés sur le tabagisme et le sevrage en lui-même. Ceci passera par la diffusion des connaissances par les soignants. Ainsi, ces derniers devront donc avoir des informations claires et précises pour permettre d'améliorer la prise en charge des patients.

5.6.3.2 Au niveau des soignants

Dans l'enquête à destination des soignants, nous avons pu constater que 82% d'entre eux souhaitent avoir des informations supplémentaires concernant la tabacologie. Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistique significative entre le souhait d'avoir des informations supplémentaires des soignants et leur sexe, leur statut tabagique, leur nombre d'années d'expérience en SSR-A et leurs formations. En revanche, les soignants âgés entre 19 et 40 ans veulent plus d'informations que les personnes âgées de 40 ans et plus ($p = 0,027$: Tableau XXXVIII en Annexe 9). Cela s'explique peut-être par le fait que ces personnes viennent d'être formées et souhaitent compléter leur formation initiale. De plus, nous avons vu précédemment que cette classe d'âge propose plus l'arrêt du tabac.

Le souhait d'informations supplémentaires est retrouvé dans plusieurs recherches. En 2012, l'étude de Dr Ludivine Cheik avait mis en évidence que 78% des professionnels de santé du CSAPA 37 étaient intéressés par une formation sur le tabac. (5) Lors de la thèse du Dr Julie Machin concernant « L'état des lieux de la prise en charge du tabagisme des patients suivis en services d'addictologie du Nord-Pas-de-Calais », il a pu être observé que 99,2% des soignants souhaitent des informations complémentaires sur le patient fumeur. (82)

Cela est en accord avec les recommandations actuelles. L'action n°9 du PNLT nommée « Former et soutenir les professionnels de santé pour accompagner vers le sevrage et promouvoir un discours bienveillant vis-à-vis des fumeurs » considère que tous les professionnels pouvant prescrire des TSN doivent être formés et mettre à jour leurs connaissances. (111) Déjà en 1999, lors de la conférence de consensus sur le sevrage du patient alcoolodépendant, il était recommandé aux soignants de se former au sujet du tabac. (72) Cela a été réaffirmé lors de la deuxième conférence en 2001 où il est mentionné que « la formation des soignants en matière de tabacologie est recommandée pour favoriser une meilleure qualité de l'accompagnement ». (94)

Le sevrage tabagique étant moins technique que les autres sevrages (moins de molécules médicamenteuses à disposition), il n'est pas impossible que le soignant pense qu'il s'agit d'un sevrage simple et ne s'intéresse pas vraiment au savoir-faire.

En 2007, la commission d'audition recommandait que tous les professionnels accompagnant et repérant les patients soient formés sur les polyconsommations lors de leur cursus scolaire mais également lors de leur formation médicale continue. Cela permet d'améliorer la prise en charge des polyconsommations dont les plus fréquentes : alcool-tabac, alcool-tabac-cannabis, alcool-médicaments. Elle recommandait également la formation sur les entretiens motivationnels en addictologie. (91)

Dans l'enquête (Tableau XX), nous notons que la moitié des soignants souhaitent des formations externes et/ou internes pour mettre à jour leurs connaissances. Les formations peuvent être directement proposées par l'établissement de santé ou via une démarche personnelle. (110) Deux personnes ont mentionné le souhait de suivre un diplôme interuniversitaire (DIU). Nous avons vu précédemment qu'un diplôme en addictologie ou en tabacologie permettait de parler plus facilement du tabac au patient. Il existe en France, 6 DIU de « Tabacologie et aide au sevrage tabagique » selon la région d'exercice du professionnel de santé. Pour ceux d'Indre-et-Loire, il s'agit du DIU regroupant les universités d'Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes et Tours. La formation à ce DIU comprend des cours théoriques et des stages. (110)

5.6.4 Croyances et connaissances sur la prise en charge du tabagisme

Le test de connaissance nous a permis de mettre en lumière et d'objectiver les représentations des patients et des soignants sur le tabagisme et sa prise en charge. Sur neuf des dix questions du test, les soignants avaient significativement plus de bonnes réponses que les patients (Tableau XXIV). Les croyances erronées persistent donc surtout chez les patients et un peu chez les soignants. Ces dernières peuvent ainsi entraîner un frein vers l'arrêt du tabac. En effet, grâce à l'enquête, nous avons remarqué qu'il existe un lien statistique entre le souhait d'arrêter de fumer chez les patients et leur nombre de bonnes réponses au test de connaissance ($p = 0,014$: Tableau XXXIX en Annexe 9).

Au cours de cette partie, nous allons mettre en avant les principales connaissances et croyances qu'ont les soignants et les patients sur les sujets évoqués dans les questions posées (Tableau XXIII).

Tout d'abord, nous avons remarqué, grâce à l'étude, que le potentiel addictogène de la nicotine était sous-estimé. En effet, 43% des patients et 22% des soignants ne savaient pas que la nicotine entraîne une plus forte dépendance que la cocaïne. Cet aspect peut avoir notamment des conséquences dans la prise en charge du tabagisme. Les patients peuvent croire que le tabac est un produit commun, n'entraînant que peu de dépendance. Ainsi, le risque est de ne pas prendre en considération l'importance d'arrêter de fumer et surtout la nécessité de l'aide, y compris médicamenteuse.

Nous constatons qu'un quart des patients pense que le sevrage tabagique ne peut pas se faire en même temps que le sevrage alcoolique. Cette croyance est présente chez moins de 2% des soignants. Les recommandations de la HAS et de la conférence de consensus de 1999 sont donc suivies en grande majorité (26,72), ce qui permet aux soignants de proposer l'arrêt du tabac aux patients dès l'arrivée au centre comme nous l'avons vu précédemment. Une prise en charge globale des addictions est donc réalisée et ne se fait plus une SPA à la fois, comme cela a pu être le cas par le passé. (4)

En plus de prendre en charge l'ensemble des dépendances du patient, les soignants ont la conviction à plus de 89% que les patients alcooliques sont motivés à l'arrêt du tabac. En revanche, la moitié des patients ont mentionné que « Les patients dépendants à l'alcool ne sont pas motivés pour arrêter de fumer ». Cela peut nous interpeller car nous avons tout de même mis en évidence que 76% des patients dépendants de l'alcool veulent arrêter de fumer (Tableau XXXI en Annexe 9).

En ce qui concerne les étapes vers l'arrêt final du tabac, la moitié des patients et des soignants ont conscience qu'il faut plusieurs arrêts pour qu'il soit définitif. Cette information mal connue est à approfondir dans les deux populations étudiées. D'une part, les patients ne doivent pas prendre leurs reprises tabagiques comme des échecs mais bien comme des étapes vers un succès final. (70) D'autre part, les soignants ne devront pas stigmatiser les patients sur le nombre de reprises. Ils devront surtout leur permettre à tous d'envisager l'arrêt du tabac.

Un autre point clé méconnu aussi bien chez les patients que les soignants est que l'arrêt du tabac lors d'un sevrage alcoolique renforce le maintien de ce sevrage dans le temps. Cela nous montre que les deux populations interrogées n'ont peut-être pas encore pris conscience de l'importance des liaisons entre les différentes SPA et des avancées des connaissances.

Par ses questions, nous avons pu remarquer que des croyances erronées persistaient bien que 43% des soignants ont au moins 10 ans d'expérience en SSR-A. Une amélioration des connaissances sera donc à perfectionner en passant par une meilleure information des soignants. Cela est conforté par le souhait d'informations supplémentaires à propos de la tabacologie émis par les soignants et d'autant plus par les plus jeunes (Tableau XXXVIII en Annexe 9). Cela contribuera à la diffusion d'informations exactes aux patients pour limiter les tabous et renforcer leur motivation vers l'arrêt du tabac.

Conclusion

Les patients sont hospitalisés pour la plupart en centre de SSR-A pour un sevrage lié à une substance, 171 le sont notamment pour l'alcool. Parmi les 188 patients interrogés, 57% des patients étaient fumeurs et 21% étaient en cours de sevrage tabagique. Ce qui est similaire à la moyenne des 80% patients fumeurs polyconsommateurs si nous regroupons les deux catégories. Le tabagisme est de manière classique présent dans les centres mais l'intérêt au sujet du tabac change.

77,4% des soignants proposent plutôt systématiquement l'arrêt du tabac à leurs patients et 68% des patients fumeurs souhaitent arrêter. Ces centres de SSR-A permettent aux patients d'avoir accès à la prise en charge de toutes leurs dépendances y compris celle du tabac dès leur arrivée et tout au long de leur séjour. Il ne s'agit donc plus de traiter la dépendance à une seule SPA, mais de prendre en charge le patient dans sa globalité. Depuis l'enquête, un suivi régulier sur la prise en charge du tabagisme a été et sera même renforcé. Par exemple, le centre hospitalier Louis Sevestre a pour projet de renforcer sa politique d'aide à l'arrêt du tabac en faisant un suivi régulier sur le nombre de cigarettes fumées, le score du test de Fagerström et le score de l'analyseur de CO. Depuis le 1^{er} septembre 2020, un des centres étudiés, ANAS-Le Courbat, est devenu un lieu de santé sans tabac. Cela permet au patient d'être dans un lieu non-fumeur et propice à son sevrage tabagique. Pour cela, la prise en charge des patients en cours de sevrage a été augmentée, davantage d'occupations sont proposées aux patients dont des activités sportives. La psychologue est également mise à contribution pour gérer l'anxiété de ces patients. Ce modèle de lieu sans tabac a comme avantage d'être un lieu renforçant la continuité du sevrage sans être tenté par les fumeurs. En revanche, il est plus compliqué pour les patients ne souhaitant pas arrêter le tabac immédiatement. Ils peuvent donc avoir des réticences à intégrer un tel lieu.

Nous avons pu remarquer que des croyances persistent chez les patients et encore partiellement chez les soignants. Pour renforcer les connaissances des patients, une information claire et précise des soignants est nécessaire. Elle est souhaitée par les soignants et plus particulièrement par les plus jeunes. Il semblerait donc que la prise en charge des patients avance et sera plus performante dans le futur. Cette envie d'informations supplémentaires par les équipes soignantes s'est également démontrée dans leur investissement pour nous aider à réaliser ma thèse. En ce qui concerne les patients, plusieurs idées reçues persistent mais plus de la moitié des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique désiraient davantage d'informations. Ceci est important car nous avons vu qu'il existait notamment un lien entre le nombre d'idées reçues et la confiance envers l'arrêt du tabac.

Ainsi, pour permettre d'accompagner le patient fumeur vers le sevrage tabagique, l'abord motivationnel des soignants vis-à-vis des patients est primordial. Les patients devront être responsables de leur propre changement pour réussir leur objectif final : l'arrêt ou la réduction de leur tabagisme. C'est le regard motivationnel plus que le produit qui fait la différence.

Bibliographie

1. Aubin H-J, Tilikete S, Rouillet-Volmi M-C, Barrucand D. Interrelations entre les dépendances alcoolique et tabagique. *Alcoologie*. 1995;17(4):281-6.
2. Autret L, Métois A, Valentin D. Intérêts et difficultés du sevrage alcool-tabagique. *Cour Addict*. (4):151-3.
3. Cottencin O, Vannimenus C. Tabagisme et comorbidités addictives : facteurs limitants à l'arrêt du tabac. *Lett Pneumol*. févr 2017;XX(1):17-20.
4. Aubin H-J. De l'approche par produit au concept d'addiction. *Projet*. 2004;(282):85-90.
5. Cheik L. Place de la prise en charge du tabac au sein du CSAPA 37. Université de Tours; 2012.
6. Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme. 3e édition. Paris: Masson; 2004. 340 p. (Abrégés).
7. Pasquereau A, Andler R, Ardwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Bull Epidemiol Hebd*. 2020;(14):273-81. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_1.html. 2020.
8. Spilka S, Godeau E, Le Nézet O, Ehlinger V, Janssen E, Brissot A, et al. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018. *OFDT Tend*. juin 2019;(132):4.
9. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, et al. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *OFDT Tend*. 2018;(123):8.
10. Douchet M-A, OFDT. Tabagisme et arrêt du tabac en 2019. févr 2020;10.
11. Ghaemmaghani F. La tabacologie : Aspects théoriques, cliniques et expérimentaux. Les Ulis: Edp sciences; 2017. 371 p. (De médecin à médecin).
12. Institut National du Cancer. La chicha et risques pour la santé [Internet]. 2009 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-chicha-et-risques-pour-la-sante>
13. INRS. Nicotine (Fiche toxicologique n°312). Généralités [Internet]. [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/publications/bdd/fichetox/fiche.html?refINRS=FICHETOX_312§ion=generalites
14. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies, dixième révision Chapitre V (F) Troubles mentaux et troubles du comportement critères diagnostiques pour la recherche. Masson; 1994. 226 p.
15. Benowitz NL, Burbank AD. Cardiovascular toxicity of nicotine : Implications for electronic cigarette use. *Trends Cardiovasc Med*. août 2016;26(6):515-23.
16. Chevalier C, Nguyen A. Composition et nocivité du tabac. *Actual Pharm*. nov 2016;55(560):22-5.

17. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(15):278-84. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_14_2.html. 2019;
18. Rey A, Tomi M, Hordé T, Tanet C. Dictionnaire historique de la langue française. Nouvelle édition augmentée. Vol. 1. Paris: Le Robert; 2016. 2767 p.
19. Ministère des Solidarités et de la Santé. Addictions [Internet]. 2020 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
20. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict.* nov 1990;85(11):1403-8.
21. MILD&CA. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. [cité 29 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>
22. American psychiatric association. DSM-5® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1114 p.
23. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies, dixième révision Chapitre V (F) Troubles mentaux et troubles du comportement descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Masson; 1993. 305 p.
24. Reynaud M. Addictions et psychiatrie : rapport de psychiatrie. Paris: Masson; 2005. 292 p. (Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française).
25. Volkow ND, Fowler JS, Wang G-J. The addicted human brain: insights from imaging studies. *J Clin Invest.* mai 2003;111(10):1444-51.
26. Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé : Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. 2015.
27. Guichenez P, Underner M, Perriot J. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans le sevrage tabagique : quels outils pour le pneumologue ? *Rev Mal Respir.* juin 2019;36(5):600-9.
28. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. *Am Psychol.* sept 1992;47(9):1102-14.
29. HAS. Annexe. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [Internet]. 2014 [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
30. Le Nézet O, Martinez M, Gérome C, Adès J-E, Spilka S, Gandilhon M. Drugs Workbook - Usages de substances illicites. OFDT; 2019 p. 37.
31. Beck F, Richard J, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *OFDT Tend.* mars 2015;(99):8.
32. Tableau de bord TABAC - Décembre 2019 [Internet]. [cité 14 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt191225.pdf>
33. Haute Autorité de santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014 p. 60.

34. Dansou A, Prodel M. Addiction au tabac. Rev Prat. mars 2019;69:75-80.
35. ANSM. Patchs de nicotine : ne pas changer de marque si le patient est équilibré - Point d'information [Internet]. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Patchs-de-nicotine-ne-pas-changer-de-marque-si-le-patient-est-equilibre-Point-d-Information>
36. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Wilson K, Ebbert JO. Adverse events associated with nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. A systematic review and meta-analysis of one hundred and twenty studies involving 177,390 individuals. Tob Induc Dis. 13 juill 2010;8:8.
37. Résumé des caractéristiques du produit : CHAMPIX [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2019/20190916146010/anx_146010_fr.pdf
38. Résumé des caractéristiques du produit - ZYBAN L.P. 150 mg, comprimé à libération prolongée - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=64556383&typedoc=R>
39. Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes. Fiches pratiques : cigarette électronique. 2019.
40. Version électronique authentifiée publiée au JO n° 0116 du 20/05/2016 | Legifrance [Internet]. [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000032547614
41. Société francophone de tabacologie, Société de pneumologie de langue française. Informations sur la cigarette électronique utilisée dans un objectif d'aide au sevrage tabagique. 2019.
42. Guichenez P, Cungi C. Traiter l'addiction au tabac par les TCC. Malakoff: Dunod; 2017. 177 p. (Les Ateliers du praticien).
43. Guichenez P, Clauzel I, Cungi C, Quantin X, Godard P, Clauzel AM. Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique. Rev Mal Respir. févr 2007;24(2):171-82.
44. Gérard-Massengo C. Chapitre 1 : Le psychologue en tabacologie. In: Le psychologue en addictologie. Paris: In press; 2015. p. 13-30. (Psycho).
45. Miller WR, Rollnick S. Chapitre 3. La méthode de l'entretien motivationnel. In: L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. 3e édition. Malakoff: InterÉditions; 2019. p. 26-39. (Soins et psy).
46. Dansou A, Prodel M. Entretien motivationnel. Rev Prat. mars 2019;69:81-2.
47. Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/>
48. #MoisSansTabac [Internet]. [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <http://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>
49. Le 39 89 / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Le-39-89>
50. Je ne fume plus! #JNFP [Internet]. [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/groups/jenefumeplus/>

51. Abdul-Kader J, Airagnes G, D'almeida S, Limosin F, Le Faou A-L. Les outils du sevrage tabagique en 2018. *Rev Pneumol Clin.* juin 2018;74(3):160-9.
52. Poupard G, Martin VS, Bilheran A, Phillips M, Doutrelugne Y. Manuel pratique d'hypnothérapie : démarche, méthodes et techniques d'intervention. Malakoff: InterÉditions; 2018. 319 p. (Soins et psy).
53. Boulet J. Dictionnaire de l'homéopathie. Nouvelle éd. augmentée. Monaco: Ed. du Rocher; 2004. 463 p.
54. Derbré S, Leclerc M-V. Proposition de prise en charge de quelques symptômes du sevrage tabagique par les thérapeutiques alternatives. *Actual Pharm.* avr 2012;51(515):41-4.
55. Gigon F. Intérêt de l'association de plantes médicinales dans l'aide à l'arrêt du tabac. *Phytothérapie.* 2008;6:13-21.
56. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom K-O. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Addiction.* sept 1991;86(9):1119-27.
57. Fagerstrom K. Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerstrom Test for Cigarette Dependence. *Nicotine Tob Res.* 1 janv 2012;14(1):75-8.
58. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J. Measuring the Heaviness of Smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Addiction.* juill 1989;84(7):791-800.
59. Société francophone de tabacologie. Dossier de consultation de tabacologie.
60. Actualités de la Société Francophone de Tabacologie [Internet]. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <http://societe-francophone-de-tabacologie.org/actualites1.html>
61. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* juin 1983;67(6):361-70.
62. Paille F. Chapitre 9. Alcool Epidémiologie, étiologie, clinique. In: *Addictologie.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2008. p. 71-97. (Abrégés).
63. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction.* juin 1993;88(6):791-804.
64. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use.* janv 2007;12(4):233-42.
65. Les trois centres de SSR-A de l'Indre-et-Loire [Internet]. Google My Maps. [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1-zDIG_iC7DU6cjugHAZTKZvLH4iCV288&hl=fr
66. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2-n2008-299-du-26-septembre-2008-relative-a-la-filiere-hospitaliere-de-soins-en-addictologie/>

67. Accueil - Centre Hospitalier Louis Sevestre [Internet]. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <http://chls.fr/>
68. Le mot du directeur - Centre Malvau [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <http://centremalvau.fr/>
69. Etablissement de santé Le Courbat: Burnout - Addictions - épuisement [Internet]. [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.anaslecourbat.fr>
70. Lagrue G. Traitement de la dépendance tabagique. EMC - Cardiologie-Angéiologie. nov 2004;1(4):443-55.
71. Aubin H-J, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. BMJ. juill 2007;345:e4439-e4439.
72. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Société Française d'Alcoolologie. Conférence de consensus: Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Paris; 1999 p. 24.
73. Les bénéfices de l'arrêt du tabac / Mes Fiches Pratiques / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 31 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Mes-Fiches-Pratiques/Les-benefices-de-l-arret-du-tabac%20>
74. Bobo JK, McIlvain HE, Lando HA, Walker RD, Leed-Kelly A. Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: findings from a randomized community intervention trial. Addiction. 1998;93(6):877-87.
75. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
76. Substituts nicotiniques [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/delivrance-substituts-nicotiniques/substituts-nicotiniques>
77. Bourdillon F, Editorial. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(15):270-1. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_14_0.html.
78. Kandel ER, Kandel DB. A molecular basis for nicotine as a gateway drug. N Engl J Med. 4 sept 2014;371(10):932-43.
79. Andler R, Richard J, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane F, et al. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes: résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(15):271-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_1.html.
80. Richard J-B, Beck F. Tendances de long terme des consommations de tabac et d'alcool en France, au prisme du genre et des inégalités sociales. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(7-8):126-33. http://www.invs.sante.fr/beh/2016/7-8/2016_7-8_4.html.
81. Enquête Tabagisme en blouse blanche – RESPADD [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/hopital-sans-tabac-lieu-de-sante-sans-tabac/enquete-tabagisme-en-blouse-blanche/>
82. Machin J. Etat des lieux de la prise en charge du tabagisme des patients suivis en services d'addictologie du Nord-Pas-de-Calais. Université du droit et de la santé, Lille 2; 2012.

83. Dansou A, Groussin L, Gaborit C, Touraine A, Blanchet E, Laporte L, et al. Abord et prise en charge du fumeur par 149 internes au CHRU de Tours. *Rev Mal Respir.* sept 2012;29(7):878-88.
84. Wirth N, Martinet Y. L'hospitalisation : l'occasion à ne pas manquer pour traiter l'addiction au tabac. *Rev Mal Respir.* sept 2012;29(7):851-2.
85. Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G, et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Rev Mal Respir.* nov 2006;23(5):426-9.
86. Larinier-Haas E. Tabac : pour un positionnement clair des professionnels. *Courr Addict.* 2010;(4):22-3.
87. Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard J, Ardwidson P, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(14-15):265-73. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html.
88. Underner M, Peiffer G, Perriot J, Harika-Germaneau G, Jaafari N. La diminution de la consommation de tabac est-elle associée à une réduction du risque de morbi-mortalité cardiovasculaire et pulmonaire ? *Rev Pneumol Clin.* juin 2018;74(3):188-95.
89. Jarvis MJ. Why people smoke. *BMJ.* 31 janv 2004;328(7434):277-9.
90. Batel P, Pessione F, Maître C, Rueff B. Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke. *Addiction.* 1995;90(7):977-80.
91. Haute Autorité de santé. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins - Recommandations de la commission d'audition. 2007 mai p. 40.
92. Société Française d'Alcoologie. Référentiel de bonnes pratiques cliniques : Sevrage alcoolique chez un patient fumeur de tabac. 2006.
93. Burton SM, Tiffany ST. The effect of alcohol consumption on craving to smoke. *Addiction.* 1997;92(1):15-26.
94. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Société Française d'Alcoologie. Conférence de consensus : Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage (version longue). Paris; 2001 p. 34.
95. Skinner M, Berghout C, Aubin H-J. Tabagisme des alcooliques. *Rev Prat - Médecine Générale.* 2008;(796):204-5.
96. Le Strat Y, Cadranet M, Cozzolino D, Dubertret C. Troubles psychiatriques et tabagisme : une association fréquente et tenace. *Concours Méd.* janv 2015;(1):49.
97. Dervaux A, Laqueille X. Chapitre 81 : Comorbidités psychiatriques du tabagisme. In: *Traité d'addictologie.* 2e édition. Paris: Lavoisier Médecine-Sciences; 2016. p. 585-9.
98. Lagrue G, Touzeau D. Dépendance tabagique : troubles anxieux et dépressifs. *Courr Addict.* 2010;(1):8-12.
99. Office français de prévention du tabagisme, Fédération française de psychiatrie. Conférence d'experts 2008 : Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. 2009 janv p. 8.

100. Marlatt GA, Witkiewitz K. Chapitre 1 : Prévention de la rechute dans les problèmes d'alcool et de drogue. In: Prévention de la rechute : stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives. Chêne-Bourg (Suisse): Médecine & Hygiène; 2008. p. 21-68.
101. Marlatt GA, Gordon JR, éditeurs. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. First Edition. New York: The Guilford Press; 1985. 558 p.
102. Lebargy F. Les échecs du sevrage tabagique. Rev Prat - Médecine Générale. juin 2009;(824):435-9.
103. Tableau de bord des indicateurs relatifs au tabac et au tabagisme en France - OFDT [Internet]. [cité 27 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-tabac/>
104. Dorn B. Les craintes et les motivations du fumeur à l'arrêt du tabac. Université de Tours; 2017.
105. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation : systematic review and meta-analysis. BMJ. 13 févr 2014;348:g1151.
106. Berlin I. Chapitre 83 : Prise de poids à l'arrêt du tabac. In: Traité d'addictologie. 2e édition. Paris: Lavoisier Médecine-Sciences; 2016. p. 595-7.
107. Eviter la prise de poids au moment de l'arrêt / Mes Fiches Pratiques / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 7 août 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Mes-Fiches-Pratiques/Eviter-la-prise-de-poids-au-moment-de-l-arret>
108. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction. 2004;99(1):29-38.
109. Dansou A, Nezan S, Bellahsene M, Guillon L, Tassi M, Papon R, et al. Prescription infirmière (IDE) des substituts nicotiniques (TSN) au CHRU de Tours : Evaluation de la prescription tous prescripteurs confondus, sur deux ans. 2019.
110. Réseau de prévention des addictions, Association francophone des infirmières en tabacologie et addictologie. Premiers gestes en tabacologie - livret d'aide à la pratique pour les professionnels de santé. 2018.
111. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'action et des comptes publics. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022.
112. Haute Autorité de Santé. Annexe à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » : Présentation de la méthode des 5A. 2014.
113. Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. Sci Soc Santé. 1991;9(1):67-94.
114. Tinant N, Adam L. Fiches pédagogiques : Du triangle dramatique au triangle positif. 2006.
115. Haut Conseil de la Santé publique. Avis relatif aux bénéfices–risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale (22 février 2016). Rev Mal Respir. avr 2016;33(6):509-25.

Annexes

Annexe 1 : Critères du trouble addictif d'après Goodman (20)

- (A) Echecs répétés de résister aux impulsions à réaliser un comportement spécifique.
- (B) Sensation croissante de tension juste avant l'initiation du comportement
- (C) Plaisir ou soulagement lors de la réalisation du comportement
- (D) Sensation de perte de contrôle lors de la réalisation du comportement
- (E) Au moins cinq des critères suivants :
 - (1) Préoccupation fréquente à propos du comportement ou à sa préparation.
 - (2) Fréquence du comportement plus importante ou sur une plus longue période que souhaitée.
 - (3) Tentatives répétées pour diminuer, contrôler ou arrêter le comportement.
 - (4) Temps important passé dans la préparation, la réalisation du comportement ou à la récupération de ses effets.
 - (5) Survenue fréquente du comportement lors d'obligations professionnelles, scolaires, familiales ou sociales.
 - (6) Activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes renoncées ou réduites à cause du comportement.
 - (7) Poursuite du comportement malgré la connaissance d'un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique causé ou aggravé par le comportement.
 - (8) Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement dans le but d'obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet par un comportement de la même intensité.
 - (9) Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de réaliser le comportement.
- (F) Certains symptômes du trouble ont persisté pendant au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée pendant une longue période.

Annexe 2 : Critères d'un trouble de l'usage d'une substance selon le DSM-5 (22)

Critères A : Réduction du contrôle, altération du fonctionnement social, consommation risquée, critères pharmacologiques

Critères 1 à 4 : Réduction du contrôle sur la consommation d'une substance

1. Le sujet peut prendre la substance en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévue.
2. Le sujet peut exprimer un désir persistant de diminuer ou contrôler la consommation d'une substance et de multiples efforts infructueux peuvent être faits pour diminuer ou arrêter la consommation.
3. L'individu peut passer beaucoup de temps à obtenir la substance, à utiliser ou à récupérer de ses effets.
4. Une envie impérieuse (craving) de la substance.

Critères 5 à 7 : Altération du fonctionnement social

5. La consommation répétée de substance peut conduire à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile.
6. Le sujet peut continuer à consommer la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
7. Des activités sociales, professionnels ou de loisirs importants peuvent être abandonnées ou réduites à cause de la consommation de la substance.

Critères 8 à 9 : Consommation risquée de la substance

8. Consommation récurrente de la substance dans des situations où cela est physiquement dangereux.
9. Le sujet peut poursuivre la consommation de la substance bien qu'il sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance. → Incapacité de la personne à s'abstenir de consommer la substance en dépit des difficultés dont elle est la cause.

Critères 10 à 11 : Critères pharmacologiques → Ces deux critères ne sont pas nécessaires ou suffisants pour le diagnostic de trouble de l'usage d'une substance.

10. La tolérance est définie comme le besoin d'augmenter nettement la quantité de la substance pour produire l'effet désiré ou une diminution nette de l'effet en cas d'utilisation d'une même quantité de la substance.
11. Le sevrage est un syndrome qui se produit quand les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance diminuent à la suite d'une consommation massive et prolongée. Après avoir développé des symptômes de sevrage, la personne peut consommer la substance pour soulager ces symptômes.

Annexe 3 : Critères du syndrome de dépendance selon la CIM-10 (23)

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation)
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Annexe 4 : Critères diagnostiques du syndrome de sevrage à la nicotine selon la CIM-10 (14)

A. Répond aux critères généraux d'un syndrome de sevrage :

G1. Mise en évidence d'une interruption ou d'une réduction récente de la prise d'une substance, dont l'utilisation antérieure était répétée, et habituellement prolongée et/ou importante.

G2. Présence de symptômes et de signes correspondant aux caractéristiques connues d'un syndrome de sevrage à une ou plusieurs substances données.

G3. Ne peut être attribué à une affection somatique sans rapport avec l'utilisation d'une substance psychoactive, et ne peut pas être mieux expliqué par un autre trouble mental ou un autre trouble du comportement.

B. Au moins deux des signes suivants :

- (1) Envie impérieuse de tabac (ou d'une autre substance contenant de la nicotine)
- (2) Malaise ou état de faiblesse
- (3) Anxiété
- (4) Humeur dysphorique
- (5) Irritabilité / Agitation
- (6) Insomnie
- (7) Augmentation de l'appétit
- (8) Aggravation de la toux
- (9) Ulcérations buccales
- (10) Difficultés de concentration

Annexe 5 : Critères diagnostiques du sevrage tabagique selon le DSM-5 (22)

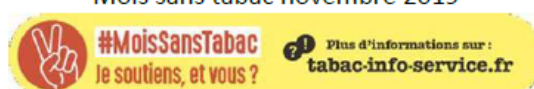
- A. Usage quotidien de tabac pendant au moins plusieurs semaines
- B. Arrêt brutal de la consommation, ou réduction de la quantité de tabac utilisée, suivi, dans les 24 heures, d'au moins quatre des signes ou symptômes suivants :
 - 1. Irritabilité, frustration ou colère
 - 2. Anxiété
 - 3. Difficultés de concentration
 - 4. Augmentation de l'appétit
 - 5. Fébrilité
 - 6. Humeur dépressive
 - 7. Insomnie
- C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les signes ou symptômes ne sont pas imputables à une affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

Annexe 6 : Informations sur la cigarette électronique utilisée dans un objectif d'aide au sevrage tabagique (41)



Informations sur la cigarette électronique utilisée dans un objectif d'aide au sevrage tabagique

Mois sans tabac novembre 2019



L'existence aux USA de cas de toxicité pulmonaire rapportée à l'utilisation de cigarettes électroniques inquiète les fumeurs qui envisagent l'arrêt du tabac et les vapoteurs.

Deux sociétés savantes, la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) et la Société Francophone de Tabacologie (SFT), proposent dans ce document une information sur la cigarette électronique à l'occasion du *Mois sans tabac* qui se déroule en France en novembre 2019. Cette information est basée sur l'analyse des données scientifiques publiées.

Ce document est destiné avant tout aux fumeurs envisageant d'utiliser la cigarette électronique comme outil d'aide au sevrage tabagique.

Pr Nicolas Roche
Président SPLF

Dr Anne-Laurence Le Faou
Présidente SFT

Rappel

Le tabac est la première cause évitable de nombreuses maladies cardiovasculaires, cancers ainsi que maladies respiratoires dont le cancer bronchique, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). La consommation de tabac aggrave aussi l'asthme. Arrêter de fumer est toujours bénéfique, notamment pour les patients porteurs de maladies respiratoires. Les patients atteints de BPCO qui fument encore sont souvent fortement dépendants.

La dépendance tabagique a deux composantes :

- 1- Une dépendance physique liée au manque de nicotine (indépendante de la volonté) qui peut être comblée par apport de nicotine non-fumée médicamenteuse (patchs, pastilles, comprimés, inhalateurs, sprays ou comprimés sub-linguaux) et/ou non médicamenteuse (cigarette électronique). La varénicline qui bloque certains récepteurs nicotiniques est aussi un traitement efficace de la dépendance physique à la nicotine.
- 2- Une dépendance psychologique et comportementale.

Les traitements médicalement validés sont ceux qui ont fait l'objet d'essais cliniques. Ils ont démontré qu'ils augmentaient les chances de l'arrêt du tabac avec un rapport bénéfice/risque positif. C'est le cas de tous les substituts nicotiniques et de la varénicline, remboursés en France ainsi que du bupropion, non remboursé. Ces traitements (à l'exception de l'inhalateur, des Nicorette Microtab et du spray de nicotine) sont remboursés par l'assurance maladie sans reste à charge pour les patients atteints d'une maladie de longue durée (en particulier dans le domaine des troubles respiratoires pour l'insuffisance respiratoire liée à la BPCO ou à l'asthme, pour le cancer du poumon ou la tuberculose), le reste à charge de 35% est payé par la complémentaire santé dans les autres cas.

Ces traitements restent les traitements recommandés par les autorités de santé pour tous les fumeurs dont ceux atteints de maladies respiratoires.

La cigarette électronique

La cigarette électronique comprend une batterie qui apporte l'énergie nécessaire à chauffer une résistance entourée de textile pour la garder humidifiée et qui est placée dans un réservoir (cartomiseur). En France, les liquides pour cigarettes électroniques sont enregistrés 6 mois avant leur commercialisation à l'Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES) (www.anses.fr/fr/system/files/Liste_FR_Vapotage.xls). Ils sont composés : d'un solvant organique (propylène glycol (PG) et/ou VG (glycérine végétale (GV))), d'une préparation aromatisante plus de la nicotine avec une concentration maximale de 20 mg/mL ou sans nicotine.

Que sait-on de la toxicité de la cigarette électronique ?

En utilisation normale

Les émissions de la cigarette électronique contiennent moins de substances toxiques que la fumée du tabac. Elles peuvent induire toutefois des effets biologiques mesurables. Les conséquences cliniques et épidémiologiques (santé publique) à long terme de l'utilisation des cigarettes électroniques, à ce jour, ne sont pas connues. Les études bien conduites cliniques et épidémiologiques concluantes sont nécessaires pour évaluer le bénéfice et les risques exacts de leur utilisation.

Les cas de toxicité pulmonaire rapportés aux USA

Ces cas ont concerné 1888 personnes à la date du 31 octobre 2019 dont 37 décès. Ces cas sont liés aux liquides que certains utilisateurs de cigarette électronique ont mis dans le réservoir. Dans 75-80% des cas, ces liquides étaient fabriqués ou achetés hors du commerce officiel et contenaient des huiles de cannabis, du cannabis synthétique ou d'autres produits assimilés et souvent de l'acétate

de vitamine E (produits formellement interdits dans liquides pour cigarettes électroniques en Europe). Il s'agissait donc du détournement d'usage du dispositif c'est-à-dire dans le cadre d'un usage récréationnel et non dans l'objectif de l'arrêt de la consommation du tabac.

En absence d'identification de l'agents ou des agents causaux provoquant ces pneumopathies, il est recommandé de n'utiliser que les liquides commercialisés, de ne pas acheter des liquides dans la rue et de pas utiliser des huiles de cannabis ou d'autres produits non commercialisés. En France le Directeur général de l'ANSES qui assure le contrôle des liquides pour cigarettes électroniques, a affirmé qu'aucun des liquides commercialisés en France ne posait de problème sanitaire.

Intérêt de la cigarette électronique dans la sortie du tabac

La cigarette électronique est utilisée le plus souvent sans aide médicale par des fumeurs qui veulent soit réduire leur tabagisme, soit arrêter de fumer. Selon Santé Publique France,

- 1) les données recueillies après le Mois sans tabac 2016 montrent que la cigarette électronique est de loin le produit le plus utilisé dans l'arrêt du tabac avec aide : 27% contre 18% pour les substituts nicotiniques et 10% pour le recours aux professionnels de santé.
- 2) il est estimé que 700 000 fumeurs ont arrêté de fumer en 7 ans avec la cigarette électronique seule ou en association avec d'autres aides.

Les données scientifiques actuellement disponibles sont toutefois insuffisantes pour conclure avec certitude que la cigarette électronique est un traitement efficace et sûr pour aider les fumeurs à arrêter de fumer. Un essai publié récemment dans le New England Journal of Medicine montre qu'il y a près de 2 fois plus d'arrêt à un an avec la cigarette électronique qu'avec les substituts nicotiniques. En France un essai clinique randomisé en double aveugle (l'essai ECsmoke), qui a déjà inclus 300 patients, va permettre d'obtenir des données scientifiques de qualité pour valider (ou pas) la cigarette électronique dans l'arrêt du tabac comme un produit aussi efficace que la varénicline, médicament le plus efficace en monothérapie pour arrêter de fumer.

L'utilisation prolongée de la cigarette électronique

De nombreux utilisateurs continuent à fumer tout en vapotant. Cette situation laisse persister les risques du tabagisme. Ces vapo-fumeurs doivent être mieux substitués en nicotine par ajout de patches et optimisation de la prise de nicotine par la cigarette électronique.

Chez les fumeurs sevrés du tabagisme grâce à la cigarette électronique, un avis médical est recommandé en cas de dépendance persistante à la nicotine.

En cas de consommation de cigarette électronique au-delà de 12 mois après l'arrêt du tabac, l'arrêt de la cigarette électronique est conseillé s'il n'existe aucun risque de retour au tabac.

Cas particulier des maladies respiratoires chroniques

Il est préférable d'utiliser un des traitements médicamenteux recommandés pour l'arrêt du tabac et remboursés en France : substituts nicotiniques ou varénicline, plutôt que la cigarette électronique.

En synthèse

- Ne plus fumer est le premier objectif à poursuivre chez les fumeurs, notamment porteurs de maladies respiratoires chroniques dont la BPCO.
- La cigarette électronique est probablement une aide efficace pour arrêter de fumer. Elle doit dans ce cas être utilisée de façon transitoire (en l'absence de donnée précise sur ses effets à long terme) en vue de l'arrêt de la consommation tabagique. Elle doit être proscrite chez les non-fumeurs.
- Fumer et vapoter dans le même temps n'est pas une solution, car cette conduite ne réduit pas les risques liés au tabac.

Points-clés sur la cigarette électronique (vape) utilisée pour sevrage tabagique

1. En préambule, l'utilisation de la cigarette électronique en dehors du contexte du sevrage tabagique est médicalement formellement déconseillée.
2. Les effets délétères du tabac sur la santé des individus et des populations sont majeurs, le tabac représente la première cause évitable de mortalité et de maladies, tout particulièrement de l'appareil respiratoire.
3. Des médicaments sont disponibles et validés pour l'aide au sevrage : les substituts nicotiniques, la varénicline et le bupropion. Ils doivent être prescrits en première intention avant l'utilisation de la cigarette électronique.
4. La cigarette électronique avec liquide contenant de la nicotine fait partie des moyens non médicamenteux d'aide potentielle au sevrage tabagique.
5. L'innocuité de la cigarette électronique, même bien utilisée, ne peut être affirmée.
6. Toutefois, le potentiel de toxicité de la cigarette électronique utilisée dans les conditions autorisées en France paraît très inférieur à celui du tabac fumé.
7. De ce fait, son utilisation est préférable à la consommation de tabac, en l'état actuel des connaissances.
8. Il faut recommander aux utilisateurs de cigarette électronique dans un objectif d'aide au sevrage tabagique, de limiter la durée de cette pratique dans le temps, une fois le sevrage obtenu et l'envie de fumer supprimée.
9. Les règles d'utilisation de la cigarette électronique visant à en minimiser le risque d'effets adverses doivent être connues des utilisateurs (notamment utilisation exclusive de liquides autorisés, enregistrés à l'ANSES).
10. Les questions sur l'usage de la cigarette électronique doivent faire partie de l'interrogatoire de tout patient par un professionnel de santé.
11. Il est souhaitable d'interdire l'usage de la cigarette électronique dans les lieux publics. La vente des cigarettes électroniques et liquides est interdite aux mineurs.
12. La recherche sur les effets à court, moyen et à long terme de la cigarette électronique doit être développée.
13. Des points d'évaluation réguliers doivent être mis en place par les autorités de santé et les sociétés savantes concernées.



1^{er} novembre 2019

Annexe 7 : Questionnaire à destination des patients

ENQUETE A DESTINATION DES PATIENTS

Quelques informations :

Je suis Valentin Jacneau, étudiant en Pharmacie. Dans le cadre de ma thèse de Pharmacie, je réalise actuellement une enquête sur la prise en charge du tabagisme dans les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie de l'Indre-et-Loire. J'effectue ce travail sous la direction du Dr DANSOU Anne, pneumologue-tabacologue dans l'unité de coordination de tabacologie au CHRU Bretonneau de Tours et du Dr BREDELOUX Pierre, enseignant chercheur à la Faculté de Pharmacie de Tours.

Je me permets de vous solliciter pour répondre à ce questionnaire. Les réponses sont anonymes.

Je vous remercie par avance du temps passé.

Les résultats de ce travail seront adressés aux soignants des centres où a eu lieu l'enquête pour une meilleure prise en charge des patients.

Pour répondre aux questions, il vous suffira de mettre une croix dans la ou les cases de votre choix.

Le centre

☐ Louis Sevestre ☐ Malvau ☐ Le Courbat

Mieux vous connaître

Age : ans

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

Durée prévue de votre séjour : semaines

Depuis combien de temps êtes-vous hospitalisé(e) : semaine(s)

Votre situation professionnelle actuelle :

☐ Actif ☐ Au chômage ou bénéficiaire du RSA ☐ En formation ou étudiant
☐ Retraité ☐ Sans activité ☐ Invalidité ou allocation adulte handicapé

Votre statut tabagique :

☐ Fumeur(euse) ☐ En cours de sevrage tabagique
☐ Ancien(ne) fumeur(euse) ☐ Non-fumeur(euse)

Motif(s) de votre hospitalisation dans le centre : *Plusieurs réponses possibles*

☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Opiacés ☐ Cocaïne ☐ Jeux de hasard et d'argent
☐ Autres (à préciser) :

Hospitalisation(s) antérieure(s) pour le ou les même(s) motif(s) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de fois ? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ plus de 3

Quiz info-intox : Testez vos connaissances,... et croyances

	Vrai	Faux	Je ne sais pas
La nicotine entraîne une dépendance plus forte que la cocaïne.			
Plus le nombre d'arrêts précédents du tabagisme est élevé, plus la chance d'arrêter définitivement augmente.			
L'arrêt du tabac fait obligatoirement prendre du poids.			
Entre 2017 et 2018, il y a eu une baisse d' 1,6 millions de fumeurs(euses) en France.			
Le sevrage tabagique ne peut pas se faire en même temps que le sevrage alcoolique.			
8 heures après la dernière cigarette, l'oxygénation des cellules redevient normale.			
Arrêter le tabac quand on arrête l'alcool renforce le maintien du sevrage en alcool dans le temps.			
Le traitement par les substituts nicotiniques (patchs, gommes, pastilles, ...) est en première intention dans la prise en charge de l'arrêt du tabac.			
Les substituts nicotiniques ne peuvent pas être prescrits par les infirmiers.			
Les substituts nicotiniques sont remboursés à 65% par la Sécurité Sociale et la mutuelle peut prendre en charge le reste.			
Les patients dépendants de l'alcool ne sont pas motivés pour arrêter de fumer.			

Informations complémentaires

Avez-vous eu des informations sur le sevrage tabagique ? ☐ Oui ☐ Non

Quand ? *Plusieurs réponses possibles*

☐ Avant le séjour ☐ Pendant le séjour ☐ En fin de séjour

Qui vous a donné les informations ? *Plusieurs réponses possibles*

☐ Médecin psychiatre ☐ Médecin (autre que psychiatre) ☐ Infirmier
☐ Kinésithérapeute ☐ Moniteur / Educateur ☐ Psychologue ☐
 Diététicien
☐ Aide-soignant ☐ Autre (à préciser) :

Cette personne est-elle ou ces personnes sont-elles ? *Plusieurs réponses possibles*

☐ Addictologue(s) ☐ Tabacologue(s) ☐ Aucun des deux ☐ Je ne sais pas

Souhaiteriez-vous plus d'informations sur le sevrage tabagique ? ☐ Oui ☐ Non

Sous quelle forme : *Une seule réponse possible*

☐ En individuel ☐ Animation en groupe ☐ Dépliant ☐ Conférence

☐ En cas de souhait particulier de votre part, quel est-il ?

.....
.....

Si vous n'avez jamais été fumeur(euse), le questionnaire s'arrête ici.

La suite du questionnaire est à compléter
si vous êtes fumeur(euse), en cours de sevrage tabagique ou ancien(ne)
fumeur(euse)

Votre tabagisme

Age de la première cigarette : ans

Age de l'usage quotidien : ans

Sous quel type consommez ou consommiez-vous principalement le tabac ?

Une seule réponse possible

☐ Cigarettes manufacturées (en paquet)

☐ Cigarillos

☐ Cigares

☐ Cigarettes roulées (tubées ou roulées à la main)

☐ Joints

☐ Pipe

☐ Autres (à préciser) :

Nombre d'arrêt(s) antérieur(s) de plus d'une semaine :

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ Plus de 6

Si vous avez déjà arrêté de fumer, quel est le temps d'arrêt le plus long ?

..... semaine(s) oumois ouannée(s)

Si vous avez arrêté de fumer ou vous êtes en cours de sevrage tabagique, quelles méthodes avez-vous utilisées ou utilisez-vous pour arrêter de fumer ?

Médicaments utilisés : *Plusieurs réponses possibles*

Substituts nicotiniques :

☐ Patchs ☐ Pastilles / Comprimés à sucer ☐ Gommes ☐ Spray buccal

☐ Inhalateur ☐ Autres (à préciser) :

Autres médicaments :

☐ Champix® ☐ Zyban®

Autres méthodes : *Plusieurs réponses possibles*

☐ Acupuncture ☐ Hypnose ☐ Sophrologie ☐

Homéopathie

☐ Cigarette électronique ☐ Autres (à préciser) :

Si vous êtes ancien(ne) fumeur(euse), le questionnaire s'arrête ici.

Le questionnaire se poursuit
si vous êtes actuellement fumeur(euse) ou en cours de sevrage tabagique

Aujourd'hui, souhaiteriez-vous arrêter ? ☐ Oui ☐ Non

Quelle importance aurait pour vous l'arrêt du tabac ?

Entourez le chiffre qui vous convient

Pas important du tout

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Extrêmement important

Quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à arrêter de fumer dès à présent ?

Entourez le chiffre qui vous convient

Aucune confiance

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totale confiance

Vos motivations à l'arrêt du tabac : *Plusieurs réponses possibles*

☐ Argent ☐ Entourage ☐ Liberté ☐ Santé

☐ Autres (à préciser) :

Vos craintes face à l'arrêt du tabac : *Plusieurs réponses possibles*

☐ Echec ☐ Manque ☐ Répercussion sur l'humeur ☐ Prise de poids

☐ Autres (à préciser) :

Test de Fagerström simplifié :

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

☐ Dans les 5 premières minutes ☐ Entre 6 et 30 minutes

☐ Entre 31 et 60 minutes ☐ Après 60 minutes

Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ? cigarette(s)

Combien de joints fumez-vous par jour en moyenne? joint(s)

Autres points que vous souhaitez aborder ?

.....
.....
.....
.....

Annexe 8 : Questionnaire à destination des soignants

ENQUETE A DESTINATION DES SOIGNANTS

Quelques informations :

Je suis Valentin Jacneau, étudiant en Pharmacie. Dans le cadre de ma thèse de Pharmacie, je réalise actuellement une enquête sur la prise en charge du tabagisme dans les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie de l'Indre-et-Loire. J'effectue ce travail sous la direction du Dr DANSOU Anne, pneumologue-tabacologue dans l'unité de coordination de tabacologie au CHRU Bretonneau de Tours et du Dr BREDELOUX Pierre, enseignant chercheur à la Faculté de Pharmacie de Tours.

Je me permets de vous solliciter pour répondre à ce questionnaire. Les réponses sont anonymes.

Je vous remercie par avance du temps passé.

J'adresserai un exemplaire pdf de ma thèse à votre établissement.

Pour répondre aux questions, il vous suffira de mettre une croix dans la ou les cases de votre choix.

Le centre

☐ Louis Sevestre ☐ Malvau ☐ Le Courbat

Mieux vous connaître

Age : ans

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

Votre situation professionnelle actuelle :

<input type="checkbox"/> Médecin psychiatre	<input type="checkbox"/> Médecin (autre que psychiatre)	<input type="checkbox"/> Infirmier
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Moniteur / Educateur	<input type="checkbox"/> Psychologue
<input type="checkbox"/> Aide-soignant	<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/> Diététicien

Nombre d'années d'expérience en SSR :ans

Votre statut tabagique :

<input type="checkbox"/> Fumeur(euse)	<input type="checkbox"/> Non-fumeur(euse)
<input type="checkbox"/> En cours de sevrage tabagique	<input type="checkbox"/> Ancien(ne) fumeur(euse)

Avez-vous un diplôme :

en addictologie ? ☐ Oui ☐ Non en tabacologie ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu une formation :

en tabacologie ? ☐ Oui ☐ Non en entretien motivationnel ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui à une des questions : de quel(s) type(s) ? *DIU ; DU ; formation interne*

.....

Quiz info-intox : Testez vos connaissances,... et croyances

	Vrai	Faux	Je ne sais pas
La nicotine entraîne une dépendance plus forte que la cocaïne.			
Plus le nombre d'arrêts précédents du tabagisme est élevé, plus la chance d'arrêter définitivement augmente.			
L'arrêt du tabac fait obligatoirement prendre du poids.			
Entre 2017 et 2018, il y a eu une baisse d' 1,6 millions de fumeurs(euses) en France.			
Le sevrage tabagique ne peut pas se faire en même temps que le sevrage alcoolique.			
8 heures après la dernière cigarette, l'oxygénation des cellules redevient normale.			
Arrêter le tabac quand on arrête l'alcool renforce le maintien du sevrage en alcool dans le temps.			
Le traitement par les substituts nicotiniques (patchs, gommes, pastilles, ...) est en première intention dans la prise en charge de l'arrêt du tabac.			
Les substituts nicotiniques ne peuvent pas être prescrits par les infirmiers.			
Les substituts nicotiniques sont remboursés à 65% par la Sécurité Sociale et la mutuelle peut prendre en charge le reste.			
Les patients dépendants de l'alcool ne sont pas motivés pour arrêter de fumer.			

Prise en charge du tabagisme

Proposez-vous l'arrêt du tabac dans le centre ?

☐ Plutôt systématiquement ☐ La plupart du temps ☐ Parfois ☐ Jamais

Si oui, quand ? *Plusieurs réponses possibles*

☐ A l'arrivée du patient ☐ Au cours du séjour ☐ En fin de séjour

Sous quelle forme : *Plusieurs réponses possibles*

☐ En individuel ☐ Animation en groupe ☐ Dépliant ☐ Conférence
☐ A la demande du patient ☐ Autres (à préciser) :

Quel médicament prescrivez-vous en première intention, s'il y a lieu ?

☐ Substituts nicotiniques ☐ Champix® ☐ Zyban®

S'il s'agit de substituts nicotiniques, sous quelle forme ? *Plusieurs réponses possibles*

☐ Patchs ☐ Pastilles / Comprimés à sucer ☐ Gommes
☐ Spray buccal ☐ Inhalateur ☐ Autres (à préciser) :

Quelles autres méthodes employez-vous ? *Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Thérapie cognitivo-comportementale ☐ Entretien motivationnel
☐ Acupuncture ☐ Hypnose ☐ Sophrologie ☐ Homéopathie
☐ Cigarette électronique ☐ Autres (à préciser) :

Dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise pour parler du tabac ?

Entourez le chiffre qui vous convient

Pas à l'aise du tout Très à l'aise
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Souhaiteriez-vous plus d'informations sur la tabacologie ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

.....
.....

Si vous n'êtes pas fumeur(euse), le questionnaire s'arrête ici.

Si vous êtes fumeuse ou fumeur

Age de la première cigarette : ans

Age de l'usage quotidien : ans

Nombre d'arrêt(s) antérieur(s) de plus d'une semaine :

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ Plus de 6

Aujourd'hui, souhaiteriez-vous arrêter ? ☐ Oui ☐ Non

Quelle importance aurait pour vous l'arrêt du tabac ?

Entourez le chiffre qui vous convient

Pas important du tout Extrêmement important
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à arrêter de fumer dès à présent ?

Entourez le chiffre qui vous convient

Aucune confiance Totale confiance
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vos motivations à l'arrêt du tabac : *Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Argent ☐ Entourage ☐ Liberté ☐ Santé
☐ Autres (à préciser) :

Vos craintes face à l'arrêt du tabac : *Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Echec ☐ Manque ☐ Répercussion sur l'humeur ☐ Prise de poids
☐ Autres (à préciser) :

Test de Fagerström simplifié (en 2 questions)

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- ☐ Dans les 5 premières minutes ☐ Entre 6 et 30 minutes
☐ Entre 31 et 60 minutes ☐ Après 60 minutes

Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

Comptez en cigarette manufacturées (en paquet)

1 cigarette roulée = 2 cigarettes manufacturées ;

1 joint = 3 cigarettes manufacturées ; 1 cigarillo = 5 cigarettes manufacturées

- ☐ 10 ou moins ☐ 11 à 20 ☐ 21 à 30 ☐ 31 ou plus

Autres points que vous souhaitez aborder ?

.....
.....
.....
.....

Annexe 9 : Tableaux d'analyse des résultats

Dans les tableaux, N représente le nombre de personnes ayant répondu au deux questions.

Les tests utilisés pour obtenir les p-values sont mentionnés en indice :

- ^a : Test du Chi-2
- ^b : Test exact de Fisher
- ^c : Test de Man-Whitney
- ^d : Test de Student
- ^e : Test de Welch

Pour permettre une compréhension plus facile, voici les abréviations utilisées seulement pour la conception des tableaux présents en Annexe 9 :

- FUM : Fumeurs
- SEV : En cours de sevrage tabagique
- AFU : Anciens fumeurs
- NFU : Non-fumeurs
- Invalidité : Invalidité ou allocation adulte handicapé
- JHA : Jeux de hasard et d'argent
- Tps. : La plupart du temps
- Syst. : Plutôt systématiquement

Statut tabagique des patients				
	N	FUM / SEV	AFU / NFU	p-value
Sexe	N=186			0,057 ^a
Femme	32	90,63%	9,38%	
Homme	154	75,32%	24,68%	
Age (en années)	N=187			0,063 ^a
[23-46[	85	84,71%	15,29%	
[46-73[	102	73,53%	26,47%	
Situation professionnelle	N=187			
Actifs				0,071 ^a
Oui	84	72,62%	27,38%	
Non	103	83,50%	16,50%	
Chômage / RSA				0,003 ^a
Oui	54	92,59%	7,41%	
Non	133	72,93%	27,07%	
Retraités				0,058 ^b
Oui	17	58,82%	41,18%	
Non	170	80,59%	19,41%	
Sans activité				0,371 ^b
Oui	18	88,89%	11,11%	
Non	169	77,51%	22,49%	
Invalidité				0,480 ^a
Oui	25	84,00%	16,00%	
Non	162	77,78%	22,22%	
Addiction	N=188			
Alcool				1,000 ^b
Oui	171	77,78%	22,22%	
Non	17	82,35%	17,65%	
Cannabis				0,009 ^b
Oui	21	100,00%	0,00%	
Non	167	75,45%	24,55%	
Opiacés				0,121 ^b
Oui	10	100,00%	0,00%	
Non	178	76,97%	23,03%	
Cocaïne				0,372 ^b
Oui	17	88,24%	11,76%	
Non	171	77,19%	22,81%	
JHA				1 ^b
Oui	6	83,33%	16,67%	
Non	182	78,02%	21,98%	

Tableau XXVI : Statut tabagique des patients

		Informations reçues		p-value
		Oui	Non	
Statut tabagique	N = 186			0,006^a
FUM / SEV	146	66,44%	33,56%	
NFU / AFU	40	42,50%	57,50%	

Tableau XXVII : Informations reçues sur le sevrage tabagique en fonction du statut tabagique des patients

		Informations reçues par les patients FUM et SEV		p-value
		Oui	Non	
	N	Pourcentage	Pourcentage	
Sexe	N=144			0,170 ^a
Femme	29	55,17%	44,83%	
Homme	115	68,70%	31,30%	
Age (en années)	N=146			0,370 ^a
[23-40[	38	60,53%	39,47%	
[40-73[	108	68,52%	31,48%	
Durée de séjour effectuée (en semaines)	N=142			0,037^a
[0-6[	76	59,21%	40,79%	
[6-16]	66	75,76%	24,24%	
Statut tabagique	N=146			0,221 ^a
FUM	107	63,55%	36,45%	
SEV	39	74,36%	25,64%	
Addiction	N=146			
Alcool				1 ^b
Oui	132	66,67%	33,33%	
Non	14	64,29%	35,71%	
Cannabis				0,330 ^a
Oui	21	57,14%	42,86%	
Non	125	68,00%	32,00%	
Opiacés				1 ^b
Oui	10	70,00%	30,00%	
Non	136	66,18%	33,82%	
Cocaïne				0,774 ^b
Oui	14	71,43%	28,57%	
Non	132	65,91%	34,09%	
JHA				0,664 ^b
Oui	5	80,00%	20,00%	
Non	141	65,96%	34,04%	
Arrêt souhaité				0,397 ^a
Oui	105	68,57%	31,43%	
Non	33	60,61%	39,39%	

Tableau XXVIII : Informations données par les soignants pour les patients fumeurs et en cours de sevrage au cours ou en fin de séjour

	N	Informations supplémentaires souhaitées par les patients		p-value
		Oui	Non	
Statut tabagique	N=183			< 0,001^a
FUM / SEV	146	55,48%	44,52%	
NFU / AFU	37	10,81%	89,19%	

Tableau XXIX : Informations supplémentaires souhaitées par les patients selon leur statut tabagique

	N	Informations supplémentaires souhaitées par les patients FUM et SEV		p-value
		Oui Pourcentage	Non Pourcentage	
Sexe	N=144			0,111 ^a
Femme	28	42,86%	57,14%	
Homme	116	59,48%	40,52%	
Age (en années)	N=146			0,242 ^a
[23-40[	38	47,37%	52,63%	
[40-66[	108	58,33%	41,67%	
Durée de séjour effectuée (en semaines)	N=142			0,051 ^a
[0-6[	76	61,84%	38,16%	
[6-16]	66	45,45%	54,55%	
Statut tabagique	N=146			0,763 ^a
FUM	106	54,72%	45,28%	
SEV	40	57,50%	42,50%	
Nombre d'arrêt antérieur	N=139			0,315 ^a
Aucun	45	62,22%	37,78%	
Au moins un	94	53,19%	46,81%	
Addiction	N=146			
Alcool				0,342 ^a
Oui	132	58,33%	41,67%	
Non	14	71,43%	28,57%	
Cannabis				0,757 ^a
Oui	21	52,38%	47,62%	
Non	125	56,00%	44,00%	
Opiacés				1 ^b
Oui	10	60,00%	40,00%	
Non	136	55,15%	44,85%	
Cocaïne				0,468 ^b
Oui	15	46,67%	53,33%	
Non	131	56,49%	43,51%	
JHA				0,656 ^b
Oui	5	40,00%	60,00%	
Non	141	56,03%	43,97%	

Tableau XXX : Informations supplémentaires souhaitées par les patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique

Arrêt souhaité du tabac chez les patients FUM et SEV				
	N	Oui	Non	p-value
Sexe	N=136			0,171 ^a
Femme	26	65,38%	34,62%	
Homme	110	78,18%	21,82%	
Age (en années)	N=138			0,156 ^a
[23-40[	37	67,57%	32,43%	
[40-66[	101	79,21%	20,79%	
Durée de séjour effectuée	N=135			0,872 ^a
[0-6[semaines	72	75,00%	25,00%	
[6-16] semaines	63	76,19%	23,81%	
Statut tabagique	N=138			< 0,001 ^a
FUM	103	67,96%	32,04%	
SEV	35	100,00%	0,00%	
Addiction	N=138			
Alcool				1 ^b
Oui	125	76,00%	24,00%	
Non	13	76,92%	23,08%	
Cannabis				0,570 ^a
Oui	21	80,95%	19,05%	
Non	117	75,21%	24,79%	
Opiacés				1,000 ^b
Oui	10	80,00%	20,00%	
Non	128	75,78%	24,22%	
Cocaïne				0,518 ^b
Oui	14	85,71%	14,29%	
Non	124	75,00%	25,00%	
JHA				0,629 ^b
Oui	5	80,00%	20,00%	
Non	133	75,94%	24,06%	
Situation professionnelle	N=138			
Actifs				0,395 ^a
Oui	59	79,66%	20,34%	
Non	79	73,42%	26,58%	
Chômage / RSA				0,397 ^a
Oui	46	71,74%	28,26%	
Non	92	78,26%	21,74%	
Retraités				1 ^b
Oui	10	80,00%	20,00%	
Non	128	75,78%	24,22%	
Sans activité				0,352 ^b
Oui	15	66,67%	33,33%	
Non	123	77,24%	22,76%	
Invalidité				0,244 ^b
Oui	19	89,47%	10,53%	
Non	119	73,95%	26,05%	

Tableau XXXI : Arrêt souhaité du tabac des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique

	Importance des patients FUM et SEV		p-value
	N	Moyenne	
Sexe	N=130		0,466 ^c
Femme	25	7,3	
Homme	105	7,0	
Age (en années)	N=132		0,839 ^d
[23-40[	36	7,0	
[40-66[	96	7,1	
Statut tabagique	N=132		< 0,001 ^d
FUM	97	6,5	
SEV	35	8,6	
Addiction	N=132		0,303 ^c
Alcool			
Oui	119	7,0	
Non	13	7,7	
Cannabis			0,046 ^c
Oui	21	8,0	
Non	111	6,9	
Opiacés			0,474 ^c
Oui	10	7,7	
Non	122	7,0	
Cocaïne			0,130 ^c
Oui	14	7,9	
Non	118	7,0	
JHA			0,322 ^c
Oui	5	8,4	
Non	127	7,0	
Arrêt souhaité	N=127		< 0,001 ^c
Oui	104	7,7	
Non	27	4,9	
Informations reçues	N=133		0,714 ^d
Oui	91	7,1	
Non	42	7,0	
Informations supplémentaires	N=131		0,598 ^d
Souhaitées	75	7,2	
Non souhaitées	56	6,9	

Tableau XXXII : Importance des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique

	Confiance des patients FUM et SEV		
	N	Moyenne	p-value
Sexe	N=131		0,092 ^c
Femme	25	4,3	
Homme	106	5,3	
Age (en années)	N=133		0,685 ^d
[23-40[	36	5,0	
[40-66[	97	5,2	
Statut tabagique	N = 133		< 0,001 ^e
FUM	98	4,3	
SEV	35	7,4	
Addiction	N=133		
Alcool			0,783 ^c
Oui	120	5,1	
Non	13	5,4	
Cannabis			0,608 ^c
Oui	21	5,5	
Non	112	5,1	
Opiacés			0,793 ^c
Oui	10	5,0	
Non	123	5,2	
Cocaïne			0,258 ^c
Oui	14	4,4	
Non	119	5,2	
JHA			0,638 ^c
Oui	5	6,0	
Non	128	5,1	
Arrêt souhaité du tabac	N=132		< 0,001 ^c
Oui	104	5,7	
Non	28	3,3	
Informations reçues	N=133		0,106 ^d
Oui	90	5,4	
Non	43	4,6	
Informations supplémentaires	N=132		0,868 ^d
Souhaitées	77	5,2	
Non souhaitées	55	5,1	

Tableau XXXIII : Confiance des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique

	Réponse positive		Réponse négative		p-value
	N	Moyenne de l'importance	N	Moyenne de l'importance	
Motivations					
Argent	108	7,2	22	6,8	0,474 ^d
Entourage	33	7,8	97	6,9	0,072 ^d
Liberté	53	7,9	77	6,6	0,003 ^d
Santé	119	7,4	11	4,5	< 0,001 ^c
Craintes					
Echec	49	7,6	77	6,8	0,081 ^d
Manque	75	7,0	51	7,3	0,512 ^d
Répercussion sur l'humeur	70	7,2	56	7,0	0,568 ^d
Prise de poids	50	7,0	76	7,2	0,748 ^d

Tableau XXXIV : Importance dans l'arrêt du tabac en fonction des motivations et des craintes des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique

	Réponse positive		Réponse négative		p-value
	N	Moyenne de la confiance	N	Moyenne de la confiance	
Motivations					
Argent	107	5,3	23	5,0	0,618 ^d
Entourage	33	5,7	97	5,1	0,241 ^d
Liberté	53	6,0	77	4,8	0,010 ^d
Santé	119	5,5	11	2,8	0,005 ^c
Craintes					
Echec	49	5,4	78	4,9	0,271 ^d
Manque	76	4,6	51	5,8	0,019 ^d
Répercussion sur l'humeur	69	4,9	58	5,4	0,282 ^d
Prise de poids	50	4,7	77	5,4	0,221 ^d

Tableau XXXV : Confiance dans l'arrêt du tabac en fonction des motivations et des craintes des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique

	Proposition à l'arrêt du tabac par les soignants			p-value
	N	Jamais / Parfois	Tps. / Syst.	
Sexe	N=62			0,086 ^b
Femme	47	4,26%	95,74%	
Homme	15	20,00%	80,00%	
Age (en années)	N=62			0,058 ^b
[20-40[	28	0,00%	100,00%	
[40-62]	34	14,71%	85,29%	
Statut tabagique	N=62			1 ^b
FUM / SEV / AFU	17	5,88%	94,12%	
NFU	45	8,89%	91,11%	
Situation professionnelle	N=62			0,366 ^b
Médecins et Infirmier(e)s	28	3,57%	96,43%	
Autres professions	34	11,76%	88,24%	
Années d'expérience en SSR	N=63			0,035^b
[0-20[	51	3,92%	96,08%	
[20-40]	11	27,27%	72,73%	
Formations	N=62			
Diplôme en addictologie				1 ^b
Oui	27	7,41%	92,59%	
Non	35	8,57%	91,43%	
Diplôme en tabacologie				1 ^b
Oui	5	0,00%	100,00%	
Non	57	8,77%	91,23%	
Formation en tabacologie				0,165 ^b
Oui	20	0,00%	100,00%	
Non	42	11,90%	88,10%	
Formation en EM				0,798 ^b
Oui	28	7,14%	92,86%	
Non	34	8,82%	91,18%	

Tableau XXXVI : Proposition à l'arrêt du tabac par les soignants

	Facilité des soignants à parler du tabac		p-value
	N	Moyenne	
Sexe	N=61		0,884 ^c
Femme	47	7,4	
Homme	14	7,7	
Age (en années)	N=61		0,282 ^c
[20-40[	29	7,3	
[40-62]	32	7,7	
Statut tabagique	N=61		0,021 ^c
Fumeurs	35	7,9	
En cours de sevrage			
Anciens fumeurs			
Non-fumeurs	26	6,8	
Situation professionnelle	N=61		0,548 ^c
Médecins et Infirmier(e)s	28	7,3	
Autres professions	33	7,7	
Années d'expérience en SSR	N=60		0,226 ^c
[0-20[	51	7,4	
[20-40]	9	8,3	
Formations	N=61		
Diplôme en addictologie			0,038 ^c
Oui	26	8,0	
Non	35	7,1	
Diplôme en tabacologie			0,044 ^c
Oui	5	9,0	
Non	56	7,3	
Formation en tabacologie			0,519 ^c
Oui	20	7,8	
Non	41	7,3	
Formation en EM			0,653 ^c
Oui	26	7,7	
Non	35	7,3	
Proposition à l'arrêt du tabac	N=60		0,846 ^c
Jamais / Parfois / Tps.	12	7,5	
Syst.	48	7,5	
Informations supplémentaires	N=59		0,357 ^c
Souhaitées	48	7,3	
Non souhaitées	11	8,0	

Tableau XXXVII : Facilité des soignants à parler du tabac

	N	Informations supplémentaires souhaitées par les soignants		p-value
		Souhaitées Pourcentage	Non souhaitées Pourcentage	
Sexe	N=60			1,000 ^b
Femme	45	82,22%	17,78%	
Homme	15	80,00%	20,00%	
Age (en années)	N=60			0,027^a
[20-40[	29	93,10%	6,90%	
[40-62]	31	70,97%	29,03%	
Statut tabagique	N=60			1 ^b
FUM / SEV / AFU	16	81,25%	18,75%	
NFU	44	81,82%	18,18%	
Situation professionnelle	N=60			1 ^b
Médecins et Infirmier(e)s	27	81,48%	18,52%	
Autres professions	33	81,82%	18,18%	
Expérience en SSR (en années)	N=59			0,347 ^b
[0-20[	50	84,00%	16,00%	
[20-40]	9	66,67%	33,33%	
Formations	N=60			
Diplôme d'addictologue				0,174 ^b
Oui	25	72,00%	28,00%	
Non	35	88,57%	11,43%	
Diplôme tabacologue				0,224 ^b
Oui	5	60,00%	40,00%	
Non	55	16,36%	83,64%	
Formation tabacologue				0,476 ^b
Oui	19	89,47%	10,53%	
Non	40	77,50%	22,50%	
Formation EM				0,320 ^b
Oui	26	88,46%	11,54%	
Non	34	76,47%	23,53%	

Tableau XXXVIII : Informations supplémentaires souhaitées par les soignants

	Bonnes réponses des patients FUM et SEV			p-value
	N	[0-4]	[5-10]	
Informations reçues	N=146			0,004^a
Oui	97	23,71%	76,29%	
Non	49	46,94%	53,06%	
Arrêt souhaité	N=138			0,014^a
Oui	105	25,71%	74,29%	
Non	33	48,48%	51,52%	

Tableau XXXIX : Bonnes réponses des patients fumeurs et en cours de sevrage tabagique

	Bonnes réponses des patients FUM et SEV				p-value
	[0-4]		[5-10]		
	N	Moyenne	N	Moyenne	
Importance	39	6,2	93	7,4	0,012^d
Confiance	41	4,4	92	5,5	0,035^d

Tableau XL : Nombre de réponses correctes en fonction de l'importance et de la confiance dans l'arrêt du tabac

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) M. Valentin JACNEAU

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (*Décret n°92-657 du 13 juillet 1992*)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : 21302012

N° Thèse : 71

Nom et Prénom : Jacneau Valentin

Sujet : Prise en charge du tabagisme dans les centres de soins de suite et de réadaptation
en addictologie de l'Indre-et-Loire

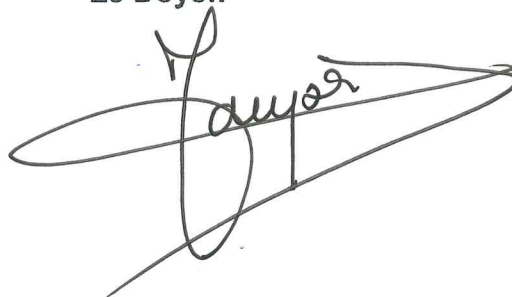
Tours, le : 17/12/2020

Le(s) Directeur(s) de Thèse :

A. Dansou



Vu et Transmis :
Le Doyen



JACNEAU Valentin

N° 71

Prise en charge du tabagisme dans les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie de l'Indre-et-Loire

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Contexte : Un produit à la fois était souvent la règle dans les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSR-A). Suite aux recommandations depuis une vingtaine d'années, cette croyance dogmatique ancienne tend à disparaître pour émerger vers une prise en charge centrée sur le patient.

Objectif : Sachant qu'au moins 80% des patients polydépendants sont fumeurs, comment la prise en charge du tabagisme dans les centres de SSR-A se déroule-t-elle ? Ce lieu propice au sevrage des addictions est-il aussi le lieu du sevrage tabagique ?

Méthode : Nous avons réalisé deux enquêtes, l'une à destination des patients et l'autre à destination des soignants, en 2019 sur un temps donné dans les trois centres de SSR-A de l'Indre-et-Loire : Centre ANAS-Le Courbat, Centre hospitalier Louis Sevestre et Centre Malvau.

Résultats : 188 patients et 63 soignants ont répondu au questionnaire. 57% des patients étaient fumeurs dont 68% voulaient arrêter de fumer. Le sevrage tabagique est proposé plutôt systématiquement par plus de 77% des soignants. Des croyances erronées sur la tabacologie ont pu être mises en évidence aussi bien chez les patients que les soignants. Mais 82% des soignants souhaitaient avoir plus d'informations sur la tabacologie.

Conclusion : L'évolution des mentalités et des connaissances permet l'avancée de la prise en charge du tabagisme. Cela passera par l'information des soignants pour la transmettre aux patients dans le but de limiter leurs idées reçues. L'accompagnement des patients, grâce à l'entretien motivationnel, est primordial pour qu'ils soient engagés dans leur démarche de changement.

MOTS-CLES

Sevrage tabagique, co-addictions, pratiques professionnelles, connaissances et représentations, patients-soignants, entretien motivationnel

JURY

Présidente : **Pr Véronique MAUPOIL**, pharmacien, professeur de pharmacologie, directrice de la faculté de pharmacie de Tours

Membres :

- **Dr Anne DANSOU**, praticien hospitalier, pneumologue, tabacologue au CHRU de Tours
- **Dr Pierre BREDELOUX**, pharmacien chercheur et maître de conférences en pharmacologie de la faculté de pharmacie de Tours
- **Dr Ludivine CHEIK**, pharmacien adjoint d'officine à Tours et à Joué-lès-Tours
- **Dr Marion HUSSON**, praticien hospitalier, psychiatre addictologue sexologue au CH Louis Sevestre à La Membrolle-sur-Choisille

DATE ET LIEU DE SOUTENANCE : 15 décembre 2020 - visioconférence