



HAL
open science

Sevrage tabagique : étude des connaissances et des idées fausses des fumeurs, mise en place de réunions d'information et rôle du pharmacien

Laura Nel

► **To cite this version:**

Laura Nel. Sevrage tabagique : étude des connaissances et des idées fausses des fumeurs, mise en place de réunions d'information et rôle du pharmacien. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01687771

HAL Id: dumas-01687771

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01687771v1>

Submitted on 18 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 286

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Sevrage tabagique : étude des connaissances et des idées fausses
des fumeurs, mise en place de réunions d'information
et rôle du pharmacien

Présentée et soutenue publiquement
le 28 novembre 2016
Par

Laura NEL

Née le 21 janvier 1990 à Nogent sur Marne (94)

Dirigée par M. le Professeur Hector Falcoff

Jury :

M. Le Professeur Bertrand Dautzenberg..... Président

M. Le Professeur Alexandre Duguet

M. Le Docteur Ivan Berlin

Mme le Docteur Frédérique Aubourg



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bertrand Dautzenberg,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Soyez assuré de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Hector Falcoff,

J'ai tellement appris à tes côtés : en tant qu'externe où j'ai découvert et choisi la médecine générale, en tant qu'interne où j'ai pris plaisir à commercer à l'exercer. Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour ton aide, ton soutien, tes explications toujours très claires et ton enthousiasme inaltérable !

A Monsieur le Professeur Alexandre Duguet,

Je me souviens de mon premier cours de sémiologie pneumologique en deuxième année, dans l'amphithéâtre de Saint-Antoine, vous avez su le rendre tellement vivant et intéressant. Merci de m'avoir fait l'honneur de participer au jury. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Ivan Berlin,

Merci de m'avoir fait profiter de votre expérience et de vos connaissances et tabacologie. Grâce à vous j'apprends mieux l'aide au sevrage tabagique. Merci d'avoir accepté de participer au jury.

A Madame le Docteur Frédérique Aubourg,

Merci de l'attention que vous avez portée à l'étude et d'avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Professeur Daniel Thomas,

Merci pour votre disponibilité et votre motivation : votre présence constante aux réunions avec les fumeurs a permis la réalisation de cette étude. Merci pour vos astuces pratiques pour aider les fumeurs, elles m'accompagneront tout au long de mon exercice de la médecine.

Aux pharmaciens, Mme Tran et Mr Berger, Mr Leroy, Mr Delouya et à leurs équipes,

Merci pour votre participation à l'étude.

Et tout particulièrement à Madame Karine Maman et à son équipe,

Merci pour votre implication et vos conseils. Votre point de vue m'aura beaucoup éclairé dans la réalisation du projet.

A mes maîtres de stages, Dr Huleux, Dr Cheymol et Dr Simavonian,

Apprendre la médecine générale à vos côtés aura été extrêmement enrichissant et un véritable plaisir. Merci pour le temps passé à répondre à mes questions et à discuter de mes prises en charge. Vous m'avez conforté dans mon choix de la médecine générale.

A mes amis du collège, Claire et Diane,

Merci pour tous les bons moments passés avec vous, nous avons pu préserver ça malgré les moments difficiles pour chacune.

A mes amis de médecine Cassandra, Ram, Raphaëlle et Julia,

Compagnons de galère durant ces études difficile, vous avez su apporter la touche d'amitié indispensable. Merci pour ces instants du quotidien à la fac et pour ceux passés à voyager ensemble.

A mes parents,

Merci d'avoir eu confiance en mes capacités et de m'avoir soutenu durant toutes ces années pour que je puisse réaliser le métier que je veux.

A mes frères et sœurs, François, Isabelle et Elodie,

Merci pour vos conseils et votre soutien, je sais que je pourrai toujours compter sur vous.

A Simon,

Merci pour tout, les mots sont insuffisants pour t'exprimer ma gratitude, le meilleur est à venir...

Table des matières

Introduction.....	3
1 Evolution de la consommation tabagique et des ventes des traitements pour l'arrêt du tabac en France.....	3
2 Argumentaire de l'étude.....	5
2.1 Les traitements nicotiques de substitution : efficacité, innocuité, obstacles à leur utilisation.....	5
2.2 Les réunions d'information sur le sevrage tabagique : une approche en cours d'évaluation.....	6
2.3 Le pharmacien : un potentiel acteur dans la prise en charge.....	7
2.4 Les objectifs de ce travail.....	7
Matériel et méthode.....	9
1 Étude des connaissances et idées fausses des fumeurs sur le sevrage tabagique et les TNS.....	9
1.1 Modèle de l'étude.....	9
1.2 Population cible.....	9
1.3 Critère d'exclusion.....	9
1.4 L'outil d'intervention.....	9
1.5 Méthode de sensibilisation des pharmaciens du quartier.....	10
1.6 Protocole de recrutement des patients et clients fumeurs.....	10
1.7 Méthode d'analyse des résultats.....	10
2 Etude de l'impact d'une réunion d'information sur les connaissances et le comportement tabagique.....	11
2.1 Modèle de l'étude.....	11
2.2 Population.....	11
2.3 Protocole de recrutement pour la réunion.....	11
2.4 Déroulement de la réunion.....	12
2.5 Évaluation de l'impact de la réunion.....	12
3 Etude de la faisabilité d'un repérage et d'un suivi des fumeurs en officine.....	12
3.1 Population.....	12
3.2 Protocole de recueil et analyse des données.....	13
Justification des réponses à l'auto-questionnaire.....	14
Résultats.....	16
1 Les connaissances et idées fausses des fumeurs sur le sevrage tabagique et les TNS.....	16
1.1 Caractéristiques des répondants.....	16
1.1.1 Comparaison entre les fumeurs recrutés en pharmacies et ceux recrutés en consultation.....	17
1.1.2 Statut tabagique selon le niveau d'étude.....	18
1.1.3 Statut tabagique selon le genre.....	18
1.1.4 Statut tabagique selon l'âge.....	19
1.1.5 Statut tabagique selon le lieu de recrutement.....	20
1.2 Évaluation des connaissances sur le tabac, le sevrage et les TNS (score moyen).....	21
1.3 Évaluation des connaissances affirmation par affirmation.....	22
1.3.1 Les affirmations auxquelles les fumeurs ont le mieux répondu.....	22
1.3.2 Les idées fausses les plus répandues.....	23
1.3.3 Les affirmations pour lesquelles les fumeurs déclarent ne pas savoir.....	23
2 L'impact d'une réunion d'information sur les connaissances et le comportement tabagique.....	23
2.1 Caractéristiques de la population recrutée en réunion.....	23
2.2 L'impact de la réunion.....	25

2.2.1Impact sur les connaissances.....	25
2.2.2Impact sur le comportement tabagique.....	26
2.2.3Analyse des commentaires des fumeurs.....	27
3La faisabilité d'un repérage et d'un suivi en officine.....	28
Discussion.....	30
1Les connaissances et les idées fausses des fumeurs sur le sevrage tabagique et les TNS..	30
2L'impact d'une réunion d'information avec un tabacologue.....	33
3La faisabilité d'un repérage et d'un suivi des fumeurs en officine.....	35
Conclusion.....	38
Bibliographie.....	39
Annexe.....	45
1Annexe 1 : Auto-questionnaire.....	45
2Annexe 2 : Flyer.....	47
3Annexe 3 : message téléphonique de rappel.....	48
4Annexe 4 : extrait de l'auto-questionnaire avant la réunion (caractérisation des participants).....	49
5Annexe 5 : Extrait de l'auto-questionnaire après la réunion.....	50
6Annexe 6 : Questionnaire téléphonique à 1 mois.....	51
7Annexe 7 : Commentaire patient par patient de chaque réunion.....	52
8Annexe 8 : Guide d'entretien avec les pharmaciens.....	54

Introduction

Selon l'OMS, le tabac tue la moitié de ceux qui en consomment et environ une personne toutes les six secondes dans le monde¹. Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France².

L'aide à l'arrêt du tabac est une priorité de santé publique. Les dernières recommandations de la HAS d'octobre 2014³ insistent sur l'importance d'une démarche active auprès des fumeurs de la part de tous les professionnels de santé. Elles se présentent sous la forme d'un guide et d'outils pratiques pour aider au suivi et à l'accompagnement des fumeurs.

Dans la lutte contre le tabagisme en France, il existe de nombreux outils d'information : une ligne téléphonique nationale, le coaching téléphonique⁴, le site tabac info service, des Centres de Soins d'Accompagnements et de Prévention en Addictologie, des consultations hospitalières de tabacologie, des campagnes d'information.

Il existe de nombreux professionnels de santé de premier recours en contact régulier avec les fumeurs : médecins généralistes, sage-femmes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes.

Pourtant, les données de 2014 montrent que la prévalence du tabagisme en France reste à 34%⁵, loin devant des pays comme la Grande Bretagne où elle est inférieure à 20 %⁶.

1 Evolution de la consommation tabagique et des ventes des traitements pour l'arrêt du tabac en France

Selon l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT)⁷, l'évolution de la consommation tabagique en France ne montre pas de franche tendance à la diminution.

Entre 2010 et 2014, on observe une tendance à la diminution de l'achat de cigarettes puisque nous sommes passés d'environ 54000 tonnes vendues en 2010 à 45000 tonnes vendues en 2014. Cette tendance a stagné entre 2014 et 2015, puisqu'on observe une légère augmentation des ventes de cigarettes passées de 45014 à 45467 tonnes.

Entre 2005 et 2015, les ventes de tabac à rouler sont toujours à la hausse puisque nous sommes passés de 7005 tonnes à 8975 tonnes. (cf Figure 1)

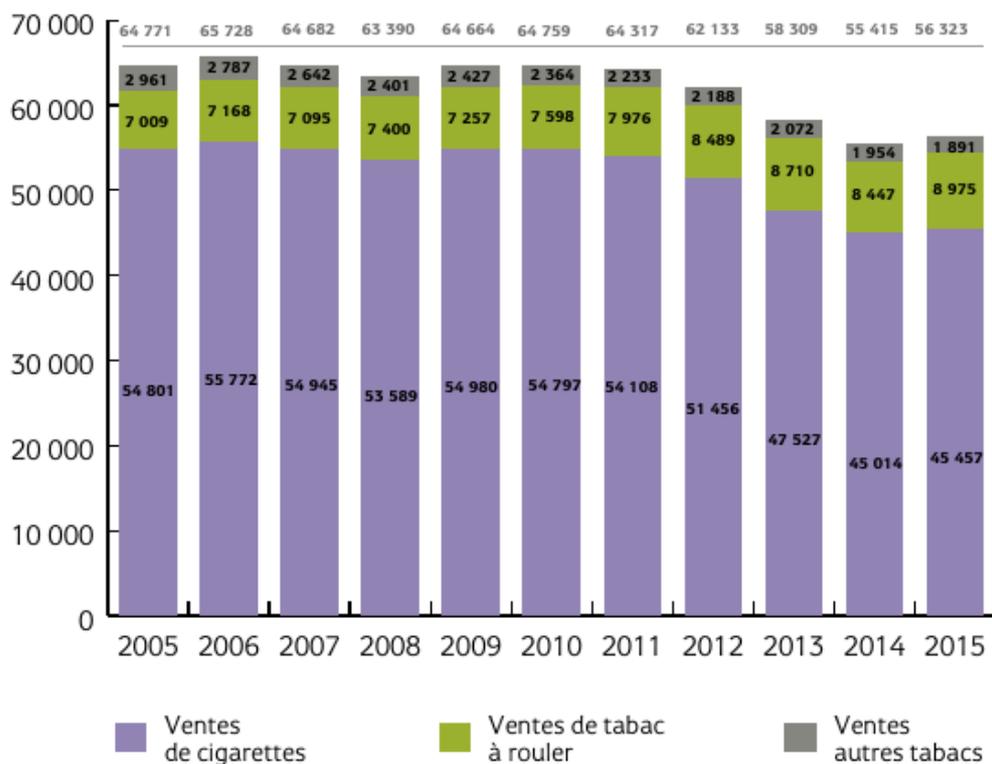


Figure 1: Graphique représentant les ventes totales de tabac (en tonnes) et la répartition entre cigarettes, tabac à rouler et autres tabacs, issu du bilan 2015 du tableau de bord tabac de l’OFDT, p2

Concernant les traitements d'aide à l'arrêt du tabac, depuis 2012, on observe une diminution de l'achat des patchs à la nicotine puisqu'entre 2012 et 2015 nous sommes passés d'environ 1 million d'équivalent patients traités à 585 000 d'équivalent patients traités. (cf Figure 2).



Figure 2: Graphique représentant les ventes de traitements pour l'arrêt du tabac, en équivalents "nombre de patients traités" issu du bilan 2015 du tableau de bord tabac de l’OFDT, p6

2 Argumentaire de l'étude

2.1 Les traitements nicotiques de substitution : efficacité, innocuité, obstacles à leur utilisation

Les Traitements Nicotiques de Substitution (TNS) sont un traitement efficace dans l'aide au sevrage tabagique.

Une méta analyse Cochrane de 2012 sur les TNS⁸ montre qu'ils augmentent les taux d'abstinence à 6 mois de 50 à 70%. Elle montre que l'association d'un patch avec une forme rapide est plus efficace qu'un substitut seul (RR 1.34, IC 95%[1.18 ; 1.51], 9 études).

Une méta analyse Cochrane de 2013 sur les traitements d'aide à l'arrêt⁹ étudie l'efficacité du bupropion, de la varénicline, des TNS seuls ou associés dans l'aide au sevrage. Il en ressort que les TNS en association et la varénicline sont les traitements les plus efficaces. Elle conclut que des études supplémentaires sont nécessaires pour s'assurer de l'innocuité de la varénicline alors que l'innocuité des TNS est démontrée.

Une étude de 2014 publié dans le JAMA¹⁰ réaffirme que l'association de TNS est la thérapeutique médicamenteuse la plus efficace pour arrêter de fumer et maintenir l'abstinence sur 6 mois sans effets indésirables notables.

Dans la recommandation d'octobre 2014 concernant l'aide au sevrage tabagique³, la HAS explicite clairement :

- le traitement médical de première intention est le TNS (grade A)
- il faut combiner des formes orales aux patches (grade A)
- il faut ajuster la dose de TNS dès la première semaine en fonction des signes de sous ou de sur dosage en nicotine (grade B)
- il faut utiliser les TNS à dose suffisante sur une durée d'au moins 3 mois (grade B)

Pourtant, une synthèse de la littérature de 2014¹¹ met en évidence que la majorité des fumeurs tente d'arrêter de fumer sans assistance et sans TNS.

En France, un des obstacles à l'utilisation des TNS est leur prix, insuffisamment remboursé par l'Assurance Maladie.

Selon une étude française de 2016¹², un accès gratuit aux traitements d'arrêt du tabac aurait un rapport coût efficacité intéressant et pourrait permettre de limiter les dépenses.

Au vu des données de la littérature, la HAS³ recommande (grade A) la couverture complète de la prise en charge de l'arrêt du tabac pour tous les fumeurs. Le remboursement des traitements d'aide au sevrage tabagique devrait concerner les thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses recommandées.

L'effort de l'Assurance Maladie concernant le remboursement reste modéré, même si à partir du 1^{er} novembre 2016, tous les fumeurs¹³ pourront bénéficier d'un forfait de 150 euros par année civile, pour couvrir une partie du coût des TNS.

Un autre obstacle à l'utilisation des TNS semble être les idées fausses des fumeurs. Plusieurs études étrangères^{14,15,16,17} montrent que les fumeurs ont souvent des idées fausses sur le tabac et les TNS. Ces idées semblent freiner l'utilisation des TNS et les chances d'arrêt.

Malgré la mise en place d'un argumentaire visant à lutter contre les idées reçues sur le site tabac info service, nous n'avons pas retrouvé d'étude française récente sur ces idées fausses.

Il serait intéressant de connaître plus précisément les idées fausses des fumeurs au niveau d'un territoire pour pouvoir mieux cibler les actions d'information locale.

2.2 Les réunions d'information sur le sevrage tabagique : une approche en cours d'évaluation

Dans plusieurs études des approches de type thérapie de groupe ont été tentées.

Une méta analyse Cochrane de 2005¹⁸ a étudié l'intérêt des thérapies de groupe visant à permettre aux fumeurs de se soutenir entre eux et d'apprendre des techniques comportementales en complément des conseils et thérapeutiques donnés par les professionnels de premier recours. Il en ressort, avec un niveau de preuve limité, que participer à des thérapies de groupe aide mieux les fumeurs à arrêter que s'ils restent isolés.

Deux études françaises ont mené des approches à type d'éducation thérapeutique dans des populations particulières.

La première¹⁹ menée chez des artériopathes montre un impact significatif sur le sevrage tabagique d'un programme d'éducation thérapeutique dans le cas où le patient était décidé à se sevrer. Ce programme consistait en des entretiens d'éducation et des séances en groupe.

La seconde²⁰ a montré que l'inclusion du BPCO dans un programme d'éducation thérapeutique permet l'acquisition de nouvelles compétences qui renforce la motivation à l'arrêt et augmente le taux d'arrêt à 3 mois.

2.3 Le pharmacien : un potentiel acteur dans la prise en charge

Une méta analyse Cochrane de 2012²¹ suggère qu'une démarche pro-active et un contact régulier avec le fumeur améliorent le recrutement dans un programme d'arrêt.

Par la délivrance de TNS soumis ou non à prescription médicale et son contact régulier avec la population générale, et donc avec les fumeurs, le pharmacien apparaît dans la littérature comme un acteur efficace pour informer et accompagner les fumeurs dans leur sevrage²².

Il semble intéressant de tester l'utilisation de pharmacies comme lieux de repérage et de suivi des patients fumeurs.

2.4 Les objectifs de ce travail

Notre travail comprend trois volets, qui poursuivent chacun un objectif distinct.

- 1) Mettre en évidence les connaissances et les idées fausses sur le tabac et les TNS, parmi les fumeurs d'un quartier du 13^e arrondissement.
- 2) Évaluer l'impact d'une réunion d'information en petit groupe à deux niveaux : impact immédiat sur les connaissances et impact à un mois sur le comportement tabagique des fumeurs.
- 3) Évaluer la faisabilité d'un repérage et d'un suivi des fumeurs en officine.

La réalisation de ce projet dans le 13^e arrondissement a été permise par la rencontre d'une association, le Pôle Santé Paris 13, avec des tabacologues de la Pitié Salpêtrière.

Le Pôle santé Paris 13 sud-est est une dynamique des professionnels de soins primaires du 13^e arrondissement de Paris. Le Pôle mobilise aujourd'hui une centaine de professionnels de l'arrondissement.

Il bénéficie depuis sa création d'un financement de l'ARS Ile de France dans le cadre des nouveaux modes de rémunération des professionnels libéraux.

Le Pôle s'est donné pour mission de faire évoluer l'organisation des soins primaires, pour améliorer le service rendu aux patients, aux professionnels de santé et à la population du territoire.

Les actions du Pôle se sont développées selon 3 axes :

- 1) développer et mutualiser des ressources et des outils nécessaires pour améliorer les parcours de santé : ateliers d'éducation thérapeutique, staffs pluriprofessionnels, protocoles, groupe de coordination ville-hôpital, dispositif d'automesures tensionnelles ...

2) aller vers des publics dont les besoins de santé sont particulièrement mal couverts aujourd'hui (migrants, malades psychiatriques, personnes dépendantes n'ayant plus de médecin traitant...)

3) contribuer à améliorer l'offre de soins primaires sur le territoire en suscitant l'installation de jeunes médecins généralistes.

Deux spécialistes de la Pitié Salpêtrière, Pr Daniel Thomas (DT), cardiologue, et Dr Ivan Berlin (IB), tabacologue, avaient travaillé en collaboration à la rédaction d'un livre blanc sur le rôle du pharmacien d'officine dans l'aide au sevrage tabagique. Ils avaient mis au point un guide pratique d'intervention pour aider les professionnels de santé de premier recours à dépister, initier, conseiller, accompagner les fumeurs dans leur parcours de sevrage.

Ils étaient intéressés par une action d'aide au sevrage tabagique en ambulatoire.

Une pharmacienne d'officine du 13^e arr., Mme Karine Maman (KM), déjà impliquée dans les actions du pôle avait participé à l'élaboration du livre blanc et était en train de le mettre en pratique dans son officine.

Étant moi-même en stage SASPAS dans le 13^e arr., j'ai pu par l'intermédiaire du Pôle Santé Paris 13, rencontrer ces trois acteurs impliqués dans l'aide au sevrage tabagique. Ils ont accepté de jouer le rôle d'expert en tabacologie pour les réunions et nous avons pu mettre au point le projet.

Matériel et méthode

1 Étude des connaissances et idées fausses des fumeurs sur le sevrage tabagique et les TNS

1.1 Modèle de l'étude

Il s'agit d'une enquête transversale par auto-questionnaire.

1.2 Population cible

L'auto-questionnaire a été proposé :

- aux clients fumeurs de 4 pharmacies du 13e arr. déjà impliquées dans des actions du Pôle Santé Paris 13 ,
- aux patients fumeurs consultant un médecin généraliste dans un cabinet du 13 arr.

1.3 Critère d'exclusion

Les patients fumeurs mineurs ont été exclus de l'étude. Il apparaît difficile de recueillir le consentement des parents puisque de nombreux adolescents cachent à leurs parents qu'ils fument.

1.4 L'outil d'intervention

Nous avons mis au point un auto-questionnaire anonyme avec l'aide de deux experts en tabacologie (DT et IB) (cf annexe 1).

L'auto-questionnaire est constitué de dix affirmations simples sur le tabac, le sevrage tabagique, les TNS. Les patients pouvaient répondre vrai, faux, ou je ne sais pas. Nous avons choisi d'ajouter la mention "je ne sais pas" pour essayer d'éviter que les fumeurs répondent au hasard ou qu'ils ne répondent pas à certaines questions.

Pour chaque répondant nous avons recueilli : sexe, âge, niveau d'étude, lieu de recrutement (une des 4 pharmacies ou cabinet), situation par rapport à l'arrêt du tabac, utilisation de TNS, nombre de cigarettes par jour, délai entre réveil et première cigarette, âge de la 1e cigarette.

Le questionnaire a été testé pendant une semaine en consultation pour vérifier la bonne compréhension des affirmations et la rapidité d'exécution.

1.5 Méthode de sensibilisation des pharmaciens du quartier

La première approche a été sous la forme d'une soirée pluriprofessionnelle organisée par le Pôle Santé Paris 13 en décembre 2015 conviant les pharmaciens et médecins du quartier. Deux tabacologues (DT et IB) sont intervenus pour répondre aux questions des médecins et pharmaciens autour du sevrage tabagique. Une pharmacienne (KM) est intervenue pour expliquer le mode d'approche des fumeurs au comptoir .

La deuxième approche a eu lieu dans les officines. Début février j'ai pris contact par téléphone avec les pharmaciens titulaires des 4 pharmacies pour convenir d'une date de rencontre. Mi février je me suis rendue dans chaque officine pour rencontrer le titulaire et le reste de l'équipe. En utilisant l'auto-questionnaire comme support de discussion, j'ai sensibilisé les équipes et expliqué le protocole. Puis je suis restée une heure au comptoir pour faire une démonstration de la mise en œuvre de l'auto-questionnaire auprès des clients.

1.6 Protocole de recrutement des patients et clients fumeurs

L'auto-questionnaire a été proposé aux patients et clients fumeurs du quartier de mi février à mi juin 2016.

En officine, cela consistait à identifier au comptoir les clients fumeurs en posant systématiquement la question "êtes-vous fumeur?" puis à proposer de répondre à l'auto-questionnaire.

En cabinet, cela consistait à identifier en consultation les patients fumeurs en se référant au dossier médical ou en posant la question si le statut tabagique n'était pas renseigné, puis à proposer de répondre à l'auto-questionnaire. Pour gagner du temps, je demandais au patient de remplir l'auto-questionnaire pendant que je passais la carte vitale en fin de consultation.

1.7 Méthode d'analyse des résultats

Les résultats ont été colligés sous forme de tableau excel.

Pour chaque affirmation, il a été associé :

- soit A à la réponse vrai : si la réponse vrai était la réponse correcte
- soit A à la réponse faux : si la réponse faux était la réponse correcte
- soit B à la réponse vrai : si la réponse vrai était la réponse erronée
- soit B à la réponse Faux : si la réponse faux était la réponse erronée
- C à la réponse "je ne sais pas"

Les réponses correctes à chaque affirmation et leur justification seront développées dans le chapitre suivant.

Pour l'analyse des liens entre les variables recueillies j'ai regroupé les données dans des tableaux de contingence puis effectué des tests statistiques en utilisant le logiciel en ligne biostatgv. J'ai effectué des tests Chi2 lorsque les effectifs me le permettaient (strictement inférieurs à 5). Dans le cas de tableau à 2x2 cases, la correction de Yates a été appliquée. Lorsque les effectifs étaient insuffisants pour réaliser un test de Chi2 j'ai effectué un test de Fisher. Pour l'interprétation des résultats, j'ai choisi comme seuil de significativité $p = 0,05$.

Pour analyser le niveau de connaissance globale des participants, j'ai calculé un score moyen pour chaque participant en me basant sur A=1 et B=C=0. J'ai effectué des tests de t Student pour analyser l'association entre ce score de connaissance et les caractéristiques des fumeurs.

2 Etude de l'impact d'une réunion d'information sur les connaissances et le comportement tabagique

2.1 Modèle de l'étude

Il s'agit d'une étude interventionnelle, avant après. L'intervention est la participation à une réunion d'information avec un tabacologue.

2.2 Population

Les clients fumeurs des 4 pharmacies qui sont venus à la réunion.

Le nombre maximal d'inscrits par réunion a été limité à six du fait de la petite taille du local et de l'importance de pouvoir avoir une interactivité entre les participants.

2.3 Protocole de recrutement pour la réunion

Nous avons mis au point un flyer (cf annexe 2) avec les informations pratiques en lien avec les réunions (dates, lieu et numéro de téléphone du pôle) et quelques phrases d'accroches susceptibles d'interpeller les fumeurs. Les flyers ont été laissés en pharmacie à disposition des pharmaciens et de l'équipe de mi février à mi juin. Le recrutement consistait à proposer aux fumeurs identifiés de venir à une réunion puis à relever leurs coordonnées s'ils étaient intéressés.

Une semaine avant la date de la réunion, la secrétaire du Pôle prenait contact téléphonique avec les pharmacies pour récupérer les coordonnées des clients intéressés. Puis elle les appelait pour confirmer leur venue à la réunion.

Afin de limiter les "oublis", nous avons mis au point un système de rappel par sms envoyé la veille de la réunion. Le contenu du message est colligé en annexe 3.

2.4 Déroutement de la réunion

La réunion a été reproduite 4 fois à raison d'une réunion par mois (10 mars, 11 avril, 12 mai, 13 juin 2016). Elle s'est déroulée dans le local du Pôle Santé Paris 13. Elle se déroulait de 18h30 à 20h en semaine pour permettre aux participants de s'y rendre après le travail.

Elle était animée par un tabacologue (DT ou IB) et une pharmacienne (KM). Le déroulement comprenait : un tour de table de présentation des participants et de recueil de leurs questions, l'exposé du tabacologue en se basant sur l'auto-questionnaire, des échanges des participants entre eux et avec le tabacologue.

2.5 Evaluation de l'impact de la réunion

Pour évaluer l'impact de la réunion sur les connaissances des participants, nous avons utilisé le même auto-questionnaire que celui de l'enquête sur les connaissances et les idées reçues. Les participants ont répondu au début et à la fin de la réunion.

Pour évaluer l'impact de la réunion sur le comportement tabagique des participants, nous leur avons proposé de répondre à un auto-questionnaire caractérisant leur consommation tabagique (cf annexe 4) au début de la réunion. Puis nous avons récupéré leur consentement et leurs coordonnées en fin de réunion (cf annexe 5) pour pouvoir les contacter par téléphone un mois après la réunion.

Un mois après la réunion, nous les avons contactés par téléphone. Nous avons refait le point avec eux sur leur comportement tabagique (cf annexe 6) et nous les avons incités à s'exprimer sur l'intérêt de la réunion. Leurs propos ont été recueillis mot à mot. Les données ont été colligées dans un tableau excel.

Pour analyser l'impact de la réunion sur les connaissances nous avons comparé les réponses avant et après la réunion en utilisant le test de Student pour séries appariées et le test de Mac Némar.

Nous avons retenu comme seuil de significativité $p = 0,05$.

3 Etude de la faisabilité d'un repérage et d'un suivi des fumeurs en officine

Nous avons réalisé un entretien collectif (focus groupe) avec des pharmaciens pour savoir s'ils considèrent qu'il est possible de repérer systématiquement les fumeurs au comptoir de l'officine et de leur proposer un conseil.

3.1 Population

Les 4 pharmaciens titulaires des pharmacies ayant participé aux étapes précédentes.

3.2 Protocole de recueil et analyse des données

Le contenu du focus groupe a été enregistré et retranscrit mot à mot. Les données ont été analysées selon la méthode de l'analyse qualitative descriptive, restant très près des données, avec un faible niveau d'interprétation.

Le guide d'entretien du focus groupe est en annexe 8.

Justification des réponses à l'auto-questionnaire

1) Fumer moins de 10 cigarettes par jour, ce n'est pas grave pour ma santé car je ne suis pas dépendant.

FAUX. Selon une étude norvégienne de 2005²³, on observe qu'une personne fumant entre 1 et 4 cigarettes par jour a un taux de mortalité 1,5 fois plus élevé, toutes causes confondues, qu'un non-fumeur. Elle est 3 fois plus susceptible de mourir d'une maladie cardiovasculaire qu'une personne qui ne fume pas. La durée d'exposition au tabac est quatre fois plus déterminante sur la santé que la quantité de cigarettes fumées²⁴. On peut avoir une dépendance tabagique et fumer moins de 10 cigarettes par jour car le nombre de cigarette fumée par jour n'est pas le seul indicateur du niveau de dépendance. Selon le test de Fagerström²⁵, le délai entre réveil et première cigarette est un des autres indicateurs.

2) Arrêter de fumer est uniquement une question de volonté.

FAUX. Une étude de 2004²⁶ montre que les fumeurs qui tentent d'arrêter sur la base de leur seule volonté, ont des chances de réussite très limitées car les taux de sevrage à 6 et 12 mois sont de 3 à 5 %, la plupart des rechutes surviennent dans les 8 jours suivants l'arrêt.

3) Le goût, l'odorat et le souffle s'améliorent dans la semaine suivant l'arrêt du tabac.

VRAI. Ils s'améliorent dans les semaines suivant l'arrêt²⁷. 3 à 9 mois après l'arrêt, la fonction pulmonaire augmente de 5 à 10 %²⁸. Le syndrome de sevrage en nicotine²⁹ présent chez les fumeurs n'utilisant pas de TNS ou de façon inadapté pourrait probablement diminuer le ressenti bénéfique « goût, odorat, souffle » de l'arrêt du tabac.

4) L'arrêt du tabac implique une prise de poids \geq 8 kg en un an chez tout le monde.

FAUX. La prise de poids à 1 an après l'arrêt est en moyenne de 4,7kg. Elle survient surtout dans les 3 premiers mois. Elle est très variable d'un individu à l'autre, 16 % perdent du poids et 13 % prennent plus de 10kg³⁰.

5) Les produits à la nicotine peuvent limiter la prise de poids à l'arrêt du tabac.

VRAI. Les résultats d'une méta-analyse Cochrane de 2012³¹ vont dans le sens que les TNS atténuent la prise de poids à l'arrêt du tabac à court terme (dans l'année). Des études supplémentaires sont nécessaires pour démontrer un impact à plus long terme.

6) L'efficacité des patchs à la nicotine a été prouvée scientifiquement.

VRAI. Une méta analyse Cochrane de 2013⁹ et une étude de 2014¹⁰ confirment l'efficacité des TNS sur l'arrêt du tabac et le maintien de l'abstinence. L'association de TNS apparaît être la solution la plus efficace et la plus sûre.

7) La cigarette électronique à la nicotine n'apporte aucune aide pour arrêter de fumer.

FAUX. L'efficacité de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique est controversée. D'un côté, un récent rapport britannique (Public Health England, 2015) se veut encourageant dans l'utilisation de la cigarette électronique comme moyen de réduction des risques du tabagisme, mais aussi comme outil permettant de conduire à l'abstinence nicotinique.

De l'autre, une récente méta-analyse³² publiée dans le Lancet Respiratory Medicine suggère une association négative entre usage de cigarette électronique et sevrage tabagique. Le Haut conseil de la Santé Publique³³ a publié en février 2016 un avis sur le rapport bénéfice-risques de l'e-cigarette. Il recommande « d'informer, sans en faire publicité, les professionnels de santé et les fumeurs que la cigarette électronique est un outil d'aide à l'arrêt du tabac chez les populations désireuses de sortir du tabagisme. Elle apparaît être un mode de réduction des risques du tabac en usage exclusif » La revue Prescrire³⁴ propose qu'en cas d'échec d'arrêt du tabac avec les produits à la nicotine classiques, la cigarette électronique est une option acceptable pour arrêter de fumer.

8) Lorsqu'on met un patch, on peut fumer avec, ce n'est pas dangereux.

VRAI. Le patch est utile pour diminuer mon envie de fumer mais il n'est pas dangereux de fumer avec.

Une étude³⁵ a montré l'efficacité et l'innocuité d'un sevrage tabagique progressif avec prise de TNS régulière et réduction progressive de la consommation de tabac. Lors de la prise concomitante de TSN et de cigarettes, il n'a pas été mis en évidence plus d'effets indésirables graves par rapport au groupe placebo excepté des symptômes de nausées signe de surdosage nicotinique.

9) Pour arrêter de fumer on peut utiliser sans danger des produits à base de nicotine (patchs, gommes...) pendant des mois.

VRAI. Les effets indésirables des produits à la nicotine au long court sont négligeables comparés aux dangers liés à la poursuite du tabac³⁶. Utiliser des produits à la nicotine n'augmente pas le risque de faire des accidents cardiaques graves³⁷.

10) Lorsqu'on commence à utiliser des patchs à la nicotine, on risque de ne plus pouvoir s'en passer.

FAUX. Aucune dépendance aux patchs n'a été observée à ce jour³⁸. Cela ne concerne que les formes à absorption buccale³⁹ et c'est rare, estimé à 9% des utilisateurs.

Résultats

1 Les connaissances et idées fausses des fumeurs sur le sevrage tabagique et les TNS

1.1 Caractéristiques des répondants

97 fumeurs ont répondu à l'auto-questionnaire. 2 auto-questionnaires incomplets ont été exclus. Nous présentons les résultats des 95 auto-questionnaires complétés.

Tableau 1. Caractéristiques des répondants

Variable	Modalités	N	n (%)
Sexe	F	95	62(65)
	H		33(35)
Age (années)	[18-40]		58(61)
	]40-74]		37(39)
Lieu de recrutement	Pharmacies		46(49)
	Consultation		49(51)
Niveau d'études	Supérieure		56(59)
	Bac		21(22)
	Brevet		18(19)
Nb cigarettes/j	<10		46(48)
	[10-19]		39(41)
	≥20		10(11)
Délai 1e cig [£]	<30		43(45)
	≥ 30		52(55)
Situation*	En cours		17(18)
	Veut		52(55)
	Ne veut pas		26(27)
TNS [§]	Oui		40(42)
	Non		55(58)

*situation actuelle par rapport à l'arrêt du tabac ; [£] délai entre réveil et 1e cigarette fumée en minutes ; [§] a déjà utilisé des TNS

Variable	N	Moyenne (ET)
Age (années)	95	37,5(14,9)
Maximum		18
Minimum		74
Age 1e cigarette (années)	95	16,5(3,5)
Maximum		10
Minimum		28

Notre échantillon comprend 65 % de femmes. La majorité des fumeurs recrutés a entre 18 et 40 ans (61%), un niveau d'étude supérieur ou égal au bac (81%) et fume moins de 1 paquet de cigarettes par jour (89 %). L'âge moyen de la première cigarette est de 16,5 ans. 55 % des fumeurs souhaitent arrêter de fumer mais ne sont pas en cours d'arrêt et 27 % des fumeurs ne veulent pas arrêter. Environ la moitié des fumeurs n'a jamais utilisé de TNS.

1.1.1 Comparaison entre les fumeurs recrutés en pharmacies et ceux recrutés en consultation

Tableau 2. Caractéristiques en fonction du lieu de recrutement

Variable	Modalités	n	Consultation (%)	Pharmacie (%)	p-chi2
Sexe	F		32	30	0,836
	H		17	16	
Age	[18-40]		32	26	0,505
	]40-74]		17	20	
Niveau d'études	Supérieure		31	25	0,476
	Bac		11	10	
	Brevet		7	11	

Il n'y pas de différence significative entre les fumeurs recrutés en pharmacie et ceux recrutés en consultation.

1.1.2 Statut tabagique selon le niveau d'étude

Les variables décrivant le statut tabagique sont le nombre de cigarettes par jour, le délai entre réveil et première cigarette, la situation par rapport à l'arrêt du tabac, l'utilisation de TNS, l'âge de la première cigarette.

Tableau 3. Statut tabagique en fonction du niveau d'études.

Variable	Modalités	Supérieures (%)	Bac (%)	Brevet (%)	p
Nb cigarettes/j	<10	28	11	7	0,772
	[10-19]	22	9	8	
	≥20	6	1	3	
Délai 1e cig	<30 mn	19 (34)	14 (67)	10 (56)	0,023
	≥ 30 mn	37 (66)	7 (33)	8 (44)	
Situation	En cours	11	2	4	0,833
	Veut	29	13	10	
	Ne veut pas	16	6	4	
TNS	Oui	26	8	6	0,566
	Non	30	13	12	
Age 1e cigarette	≤ 16	31	15	10	0,420
	>16	25	6	25	

Dans notre échantillon il y a une association statistiquement significative entre le niveau d'études et le délai entre réveil et 1ère cigarette : Parmi les sujets de niveau études supérieures, 34% fument dans les 30 minutes après leur réveil. Cette proportion est respectivement de 67% et 56% chez les sujets de niveau bac et de niveau brevet.

Nous n'avons pas mis en évidence d'association entre le niveau d'études et les autres variables décrivant le statut tabagique.

1.1.3 Statut tabagique selon le genre

Tableau 4. Statut tabagique en fonction du genre.

Variable	Modalités	F	H	p
Nb cigarettes/j	<10	33	13	0,155

Variable	Modalités	F	H	p
	[10-19]	25	14	
	≥ 20	4	6	
Délai 1e cig	<30	24	19	0,123
	≥ 30	38	14	
Situation	En cours	11	6	0,879
	Veut	35	17	
	Ne veut pas	16	10	
TNS	Oui	24	16	0,483
	Non	38	17	
Age 1e cigarette	≤ 16	38	18	0,676
	>16	24	15	

Nous n'avons pas mis en évidence d'association entre le genre et les variables décrivant le statut tabagique.

1.1.4 Statut tabagique selon l'âge

Tableau 5 : Statut tabagique en fonction de l'âge

Variable	Modalités	[18-40] (%)]40-74] (%)	p
Nb cigarettes/j	<10	33 (57)	13 (35)	0,0011
	[10-19]	24 (41)	15 (41)	
	≥20	1 (2)	9 (24)	
Délai 1e cig	<30	22	21	0,113
	≥ 30	36	16	
Situation	En cours	9	8	0,740
	Veut	33	19	
	Ne veut pas	16	10	
TNS	Oui	16 (28)	24 (35)	0,0007
	Non	42 (72)	13 (65)	
Age 1e cigarette	≤ 16	32(55)	12(32)	0,0504
	>16	26(45)	25(68)	

Tableau 6. Age de la 1e cigarette en fonction de la classe d'âge

Variable : classe d'âge	N	Age moyen de la première cigarette (ET)	p du test t
[18-40]		15,8(3,24)	0,0257
]40-74]		17,5(3,53)	

Dans notre échantillon il y a une association statistiquement significative entre âge et nombre de cigarettes par jour, utilisation de TNS, âge de la première cigarette.

Le groupe de fumeurs le plus âgé consomme plus de cigarettes par jour et a utilisé plus souvent des TNS.

Le groupe de fumeurs le plus jeune a commencé à fumer avant 16 ans plus souvent que le groupe le plus âgé. L'âge moyen de début est de 15,8 ans chez les plus jeunes, versus 17,5 ans chez les plus âgés.

1.1.5 Statut tabagique selon le lieu de recrutement

Tableau 7. Statut tabagique en fonction du lieu de recrutement

Variable	Modalités	Pharmacie (%)	Consultation (%)	p
Nb cigarettes/j	<10	20	26	0.579
	[10-19]	20	19	
	≥20	6	4	
Délai 1e cig	<30	27 (59)	16 (33)	0.0192
	≥ 30	19 (41)	33 (67)	
Situation	En cours	8	9	0.275
	Veut	22	30	
	Ne veut pas	16	10	
TNS	Oui	21	19	0.638
	Non	25	30	
Age 1e cigarette	≤ 16	22	34	0.0541
	>16	24	15	

Dans notre échantillon il y a une association statistiquement significative entre lieu de recrutement et délai entre réveil et première cigarette : parmi ceux recrutés en pharmacie, 59% des fumeurs fument leur première cigarette dans les 30 minutes suivant leur réveil, versus 33% parmi ceux recrutés en consultation.

1.2 Evaluation des connaissances sur le tabac, le sevrage et les TNS (score moyen)

Tableau 8. Distribution des réponses

Variable	N	Moyenne (ET)
Nb A* par patient (=score)	95	3,89(1,98)
Nb B [§] par patient		2,6(1,37)
Nb C [£] par patient		3,51(1,90)

* réponses justes ; § réponses erronées ; £ réponses « je ne sais pas »

Nous avons établi le score de chaque participant en attribuant 1 point à chacune des 10 réponses justes, et 0 point à chaque réponse fausse ou « je ne sais pas ». Le score moyen est de 3,89 (ET=1,98), le score maximum de 9, le score minimum de 0.

Tableau 9. Caractéristiques en fonction du score

Variable	Modalités	N	Score moyen (ET)	p
Sexe	F	62	4.06(1,99)	0,253*
	H	33	3.58(1,95)	
Age	[18-40]	58	3.74(2,15)	0.322*
	]40-74]	37	4.13(1,68)
Niveau d'études	Supérieures	56	4,30(2,11)	0.0514 [§]
	Bac	21	3,38(1,88)	
	Brevet	18	3,22(1,31)	
lieu de recrutement	pharmacie	46	3.98(2,14)	0.694*
	consultation	49	3.82(1,83)	
Nb cigarettes/j	<10	46	3,70(2,11)	0.635 [§]
	[10-19]	39	4,10(1,97)	
	≥20	10	4(1,41)	
Délai 1e cig	<30	43	4.19(2,11)	0.199*
	≥ 30	52	3.65(1,86)	
Situation	En cours	17	4,53(2,79)	0.322 [§]
	Veut	52	3,69(1,69)	
	Ne veut pas	26	3,88(1,88)	

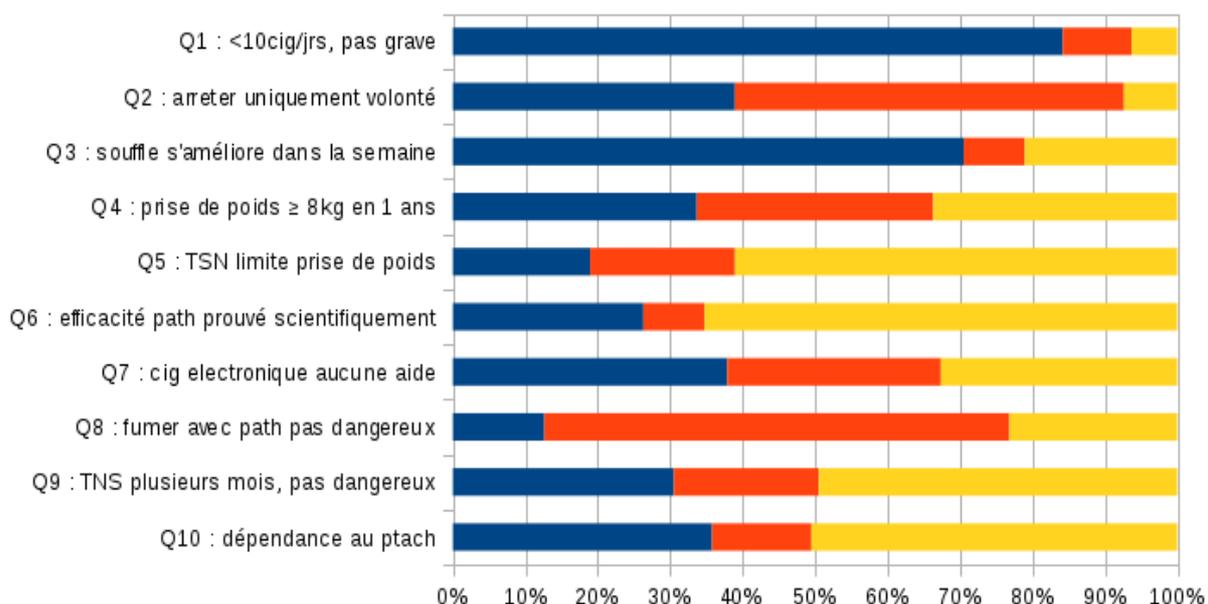
Variable	Modalités	N	Score moyen (ET)	p
TNS	Oui	40	4.73(1,77)	0.0003*
	Non	55	3.29(1,90)	

* t Student ; § Anova

Dans notre échantillon il y a une association statistiquement significative entre le score de connaissances et l' utilisation de TNS d'une part, le niveau d'études d'autre part : les fumeurs ayant déjà utilisé des TNS ont un meilleur score (4,73) que ceux n'en ayant jamais utilisés (3,29), les fumeurs ayant un niveau étude supérieure ont un meilleur score (4,30) que les fumeurs ayant un niveau d'étude bac (3,38) ou brevet (3,22).

1.3 Évaluation des connaissances affirmation par affirmation.

La distribution des réponses A, B et C à chaque question est présentée dans la figure ci-dessous. Elle va de plus de 80% de réponses justes (Question 1) à à peine plus de 10% (Question 8).



1.3.1 Les affirmations auxquelles les fumeurs ont le mieux répondu

84,2 % des fumeurs ont répondu faux à l'affirmation Q1 (fumer moins de 10 cigarettes par jour ça n'est pas dangereux pour ma santé car je ne suis pas dépendant).

70,5 % des fumeurs ont répondu vrai à l'affirmation Q3 (le goût, l'odorat et le souffle s'améliorent dans la semaine suivant l'arrêt du tabac.)

1.3.2 Les idées fausses les plus répandues

53,6 % des fumeurs ont répondu vrai à Q2 (arrêter de fumer est uniquement une question de volonté).

64,2 % des fumeurs ont répondu faux à Q8 (lorsqu'on met un patch on peut fumer avec ça n'est pas dangereux).

1.3.3 Les affirmations pour lesquelles les fumeurs déclarent ne pas savoir.

61 % des fumeurs ont répondu « je ne sais pas » à l'affirmation Q5 (les produits à la nicotine peuvent limiter la prise de poids à l'arrêt du tabac), 65 % à l'affirmation Q6 (l'efficacité des patchs à la nicotine sur l'arrêt du tabac a été prouvée scientifiquement), 49,5 % à l'affirmation Q9 (pour arrêter de fumer on peut utiliser sans danger des produits à base de nicotine pendant plusieurs mois), 50,5 % à l'affirmation Q10 (lorsqu'on commence à utiliser des patchs à la nicotine on risque de ne plus pouvoir s'en passer).

2 L'impact d'une réunion d'information sur les connaissances et le comportement tabagique

2.1 Caractéristiques de la population recrutée en réunion

16 personnes ont participé à une des quatre réunions organisées : 6 en mars, 4 en avril, 2 en mai, 4 en juin.

Tableau 10. Caractéristiques des participants

Variable	Modalités	N	n (%)
Sexe	F	16	8(50)
	H		8(50)
Age (années)	[18-40]	16	4(25)
	]40-74]		12(75)
Niveau d'étude	Supérieure	16	9 (56)
	Bac		1(6)
	Brevet		6(38)
Nb cigarettes/j	<10	10	3(30)
	[10-19]		2(20)
	≥20		5(50)

Variable	Modalités	N	n (%)
Délai 1e cig (minutes)	<30	10	7(70)
	≥ 30		3(30)
Situation	Abstinent	16	6(38)
	En cours		3(18)
	Veut		6(38)
	Ne veut pas		1(6)
TNS	Oui	16	15(94)
	Non		1(6)
Type de TNS en cours d'utilisation	Patch et forme orale	16	3(19)
	Forme orale seule		2(12,5)
	E-cig		2(12,5)
	Aucun		9(56)
Suivi professionnel	Tabacologue	16	1(6)
	Pharmacien		1(6)
	Médecin généraliste		0
	Aucun		14(88)

Variable	N	Moyenne (ET)
Age (années)	16	51,7(13,6)
Minimum		26
Maximum		73
Age 1e cigarette (années)	16	17,9(4,02)

Parmi les participants il y a autant d'hommes que de femmes, la majorité des fumeurs recrutés a entre 40 et 74 ans (75%), l'âge moyen est de 51,7 ans. Un tiers a un niveau brevet.

Il faut souligner que plus d'un tiers des participants sont déjà abstinents au moment de la réunion, alors que la réunion était initialement prévue pour les fumeurs actifs.

Parmi les non abstinents, au moins la moitié fume au moins un paquet par jour et dans les 30 minutes après le réveil.

La quasi totalité des participants (94%) a déjà utilisé des TNS. Une minorité (12 %) a, au moment de la réunion, un suivi par un professionnel de santé.

2.2 L'impact de la réunion

Nous avons analysé l'impact de la réunion sur les connaissances et sur le comportement tabagique.

Puis nous nous sommes intéressés aux commentaires des fumeurs, qui avaient été appelés au téléphone 1 mois après la réunion, et dont les réponses avaient été enregistrées mot à mot.

2.2.1 Impact sur les connaissances

16 personnes ont répondu à l'auto-questionnaire avant la réunion, 15 ont répondu à l'auto-questionnaire immédiatement après la réunion. 1 personne est partie au milieu de la réunion, ses réponses ne seront pas prises en compte dans la suite de l'analyse.

Impact sur le score global

Avant réunion le score moyen est de 3,87 (ET 2,13). Après la réunion le score moyen est de 8,2 (ET 1,26). Le test t de Student pour séries appariées montre que cette différence est statistiquement significative ($p < 00001$).

Impact question par question

Tableau 11. Évolution des connaissances avant après réunion affirmation par affirmation.

Affirmation	Nombre de sujets ayant répondu A avant et A après	Nombre de sujets ayant répondu A avant et B ou C après	Nombre de sujets ayant répondu B ou C avant et A après	Nombre de sujets ayant répondu B ou C avant et B ou C après	p (Mac Némar)
Q1	14	0	1	0	1
Q2	7	0	4	4	0.1336
Q3	8	0	6	1	0.0412
Q4	3	2	6	4	0.2888
Q5	2	0	7	6	0.0233
Q6	8	0	7	0	0.0233
Q7	3	0	9	3	0.0077
Q8	3	1	10	1	0.0159
Q9	4	0	11	0	0.0026
Q10	2	1	8	4	0.0455

On observe une amélioration des réponses, statistiquement significative, pour toutes les affirmations sauf :

- Q1 " Fumer moins de 10 cigarettes par jour ce n'est pas dangereux pour ma santé car je ne suis pas dépendant"
- Q2 "Arrêter de fumer est uniquement une question de volonté"
- Q4 "L'arrêt du tabac implique une prise de poids \geq 8kg en un an chez tout le monde"

2.2.2 Impact sur le comportement tabagique

Sur les 15 personnes ayant participé entièrement à une réunion, 13 ont accepté d'être recontactées à 1 mois et ont pu être réellement recontactées. L'analyse de l'impact de la réunion porte sur ces 13 personnes.

Évolution du nombre de cigarettes/j

L'évolution du nombre de cigarettes par jour est décrit patient par patient dans le tableau 12.

Tableau 12.

Patient	Au moment de la réunion	Un mois après la réunion
1	0	0
2	20	Perdu de vue
3	0	0
4	8	0
5	17	11
6	0	0
7	6	6
8	9	3
9	20	4
10	23	Perdu de vue
11	0	0
12	30	30
13	0	0
14	20	0
15	0	2

En raison du faible effectif nous n'avons pas réalisé de test statistique.

Parmi les 6 patients abstinents avant la réunion, une a rechuté dans le mois suivant la réunion, elle n'utilisait pas de TNS. Elle était abstinente depuis 3 semaines.

Parmi les 9 non abstinents au moment de la réunion, 2 étaient abstinents 1 mois après la réunion, le premier utilisait des TNS (pastilles et cigarette électronique) et fumait 8 cigarettes par jour avant la réunion, le deuxième n'a pas utilisé de TNS et fumait 20 cigarettes par jour avant la réunion.

Evolution de l'utilisation de TNS

Sur les 13 patients recontactés, 1 patient a adopté un TNS suite à la réunion, il s'agit du patch. Les autres n'ont pas modifié leur utilisation de TNS.

2.2.3 Analyse des commentaires des fumeurs

Nous avons recueilli de nombreux commentaires lors des entretiens téléphoniques après la réunion. Ils ont été retranscrits et sont présentés exhaustivement dans l'annexe 7.

Nous avons classé les commentaires en plusieurs catégories, présentées ci-dessous.

Tableau 13.

Sens général du commentaire	Exemple
Renforcement de la motivation globale	Ça m'a remotivé Ça m'a fait me rendre compte qu'il ne fallait pas que je reprenne
Renforcement de la motivation à utiliser les TNS, diminution de la peur vis à vis des TNS	J'ai été rassurée de voir des participants en cours d'arrêt et d'essai d'arrêt utilisant des patchs, Durée d'utilisation des patchs : je pensais 2 mois, j'ai compris qu'on pouvait faire beaucoup plus
Sentiment d'être mieux informé sur les risques du tabac et sur l'utilisation des TNS	Impressionnant qu'avec que quelques cigarettes par jour on augmente autant les risques pour sa santé J'étais en sous dosage initial, et je diminuais les doses trop vite comme c'était indiqué sur la notice
Intérêt de consulter un tabacologue	Je projette de voir un tabacologue pour qu'il me donne « des combines » pour diminuer C'était intéressant de voir un tabacologue, je vais peut être aller en voir un
Valorisation des fumeurs en cours de sevrage	Je suis sortie de là contente, ça m'a narcissisée car j'ai arrêté
Sentiment de ne pas avoir été jugé	non moralisateur, ya pas eu de jugement, ya pas eu de moral
Prise de conscience que le sevrage est un processus long et difficile	Les situations des autres participants m'ont montré que ça peut être long d'arrêter L'alcool pour s'arrêter c'est rien, le tabac c'est une horreur
Intérêt du partage d'expériences	J'ai eu l'exemple d'une participante qui utilise des patchs depuis 2 ans Lors de l'atelier, j'ai pu essayer nikitin* qu'un participant avait sur lui
Inconvénients du groupe	Mieux cadrer les participants quand ils digressent sur leur vie personnelle Ça m'a gêné le monsieur qui est parti au milieu et le monsieur qui se centrait que sur lui

Sur les 13 patients recontactés, 12 ont exprimé que la réunion leur avait été utile et qu'ils ne regrettaient pas d'être venu.

Un patient a exprimé qu'il considérait que la réunion était inutile et apportait des informations erronées : « Ça ne m'a rien apporté car on m'avait expliqué que je devais utiliser des produits, un tabacologue et j'ai réussi à arrêter sans tout ça ». Ce patient a arrêté de fumer le lendemain de la réunion et était abstinente le jour de l'appel, alors qu'il fumait 1 paquet par jour au moment de la réunion. « J'ai laissé la cigarette par la volonté depuis le lendemain de la réunion, on n'a pas besoin d'utiliser un tabacologue ni rien pour arrêter ».

La réunion a informé les fumeurs sans qu'ils se sentent jugés et leur a permis de partager leurs expériences sur le sevrage tabagique.

Après la réunion, les fumeurs se sont sentis mieux informés sur les dangers du tabagisme, sur la durée et les difficultés d'un sevrage tabagique et ils sont plus rassurés sur l'utilisation des TNS.

Ils sont plus motivés à tenter d'arrêter, poursuivre leur tentative ou maintenir l'abstinence et ils sont plus motivés à utiliser des produits à la nicotine, à faire appel à un tabacologue, à s'informer pour mieux s'y prendre.

3 La faisabilité d'un repérage et d'un suivi en officine

Nous avons réuni pour un entretien collectif les 4 pharmaciens titulaires des 4 pharmacies ayant recruté des patients pour l'étude.

Quelques caractéristiques des pharmacies figurent dans le tableau 14.

Tableau 14.

	Equipe	Type de clientèle	Positionnement des TNS	Nb d'autoquestionnaires renseignés (%)	Nb de sujets recrutés pour une réunion (%)
Ph1	2 titulaires (KM), 4 préparateurs	Clientèle de quartier	En libre accès	20 (43)	13 (81)
Ph2	17 membres : 3 adjoints, 3 associés, 5 préparateurs, 1 nutritionniste	500 personnes par jour Moitié ordonnances et moitié hors ordonnance	En libre accès	10 (22)	0
Ph3	2 titulaires 1 adjointe, 2 préparateurs en pharmacie	Clientèle de quartier	En libre accès	14 (31)	2 (13)
Ph4	2 titulaires, 2 adjoints, 1 apprenti, 1 rayonniste	Clientèle plutôt âgée, patients chroniques	Derrière le comptoir	2 (4)	0

La pharmacie 1 gérée par KM a recruté le plus de patients pour répondre à l'autoquestionnaire et pour participer aux réunions.

Voici la synthèse des propos recueillis.

Les pharmaciens sont à l'aise et se sentent efficaces avec les clients qui ont une demande d'aide au sevrage. Pour les pharmaciens, les clients fumeurs les plus facilement identifiables au comptoir sont ceux déjà en démarche pour arrêter. Il s'agit des clients qui demandent des conseils pour arrêter de fumer, qui achètent des substituts, qui demandent des conseils pour « se sevrer en substituts ». Ils représenteraient environ 15 % des fumeurs. Pour ces personnes le pharmacien se perçoit comme « initiateur et accompagnateur ».

Par contre les pharmaciens jugent peu faisable une attitude de repérage systématique des fumeurs. La raison principale évoquée est le manque de temps et de personnel. De plus les logiciels des pharmaciens ne sont pas adaptés pour saisir simplement le statut tabagique des clients et ne disposent pas d'alertes pour attirer l'attention du pharmacien sur les clients fumeurs. Enfin les pharmaciens considèrent qu'une attitude proactive de leur part pourrait être perçue comme intrusive par les clients. Ils sont demandeurs d'un appui médical pour intervenir, et évoquent la coopération avec les prescripteurs en termes assez forts : « sans caution médicale, l'intervention du pharmacien n'a pas d'impact » « à deux c'est mieux ». **Aujourd'hui les clients fumeurs non demandeurs sont très peu identifiés dans les officines.**

Les pharmaciens n'ont pas d'intérêt financier à s'occuper des fumeurs. « Il n'y a quasiment plus de marge aux substituts ». Les personnes qui arrêtent sans TNS « ça n'apporte rien ». L'action sur le tabac est portée par la bonne volonté du pharmacien. Si un pharmacien s'investit auprès des fumeurs c'est « par bonne volonté, ou, de manière plus intéressée, pour fidéliser, avoir un plus grand flux de patient ». « Le pharmacien investit sur le service ». Les pharmaciens considèrent tous qu'il faudrait une plus grande reconnaissance du rôle de santé publique du pharmacien car « tout n'a pas sa réponse dans la marge (le bénéfice) ».

A l'issue de l'entretien une proposition d'action est ébauchée. Il pourrait s'agir d'une campagne d'identification systématique des fumeurs avec conseil minimal. Pour être faisable cette campagne devrait être de courte durée et répétée dans le temps, mobilisant un groupe pilote de médecins et de pharmaciens motivés et ayant signé une charte d'engagement. Les pharmaciens garderaient une activité continue auprès des clients fumeurs demandeurs d'aide. Chaque pharmacie devrait désigner un référent pour cette action, qui animerait l'équipe et serait en relation avec le référent tabac du Pôle de santé.

Quelle serait la **réceptivité des autres pharmacies** si le Pôle leur propose cette action ? Pour les pharmaciens participant à l'entretien, « les collègues » adhéreront immédiatement, « les concurrents » seront réticents au début devant l'action innovante puis « viendront toquer à la porte » une fois les premiers résultats obtenus, enfin « les personnes desimpliquées » n'adhéreront jamais.

Pour une telle action **la formation des équipes est indispensable**, théorique et pratique. S'il s'agit d'une formation pluriprofessionnelle les pharmaciens considèrent qu'« il ne faut pas mettre les médecins avec les préparateurs, ils vont avoir peur (les préparateurs)».

Discussion

Nous discuterons successivement les trois volets de ce travail.

1 Les connaissances et les idées fausses des fumeurs sur le sevrage tabagique et les TNS

En consultation et en pharmacie, nos résultats suggèrent un manque d'information important des fumeurs du 13e arr. concernant le sevrage tabagique et plus particulièrement l'innocuité, l'efficacité et la bonne utilisation des TNS.

Les idées fausses les plus fréquentes sont : "arrêter de fumer est uniquement une question de volonté" et " il ne faut pas fumer avec un patch, c'est dangereux".

Le manque de connaissances sur le tabac et les TNS est associé à un faible niveau d'études, et au fait de ne pas avoir utilisé les TNS.

Nos résultats ont plusieurs limites, la première étant la non représentativité de notre échantillon. Nous avons essayé de comparer les caractéristiques de notre échantillon à celles de la population générale de fumeurs, selon les données de l'Inpes du Baromètre Santé^{40,41}, dans le tableau ci-dessous.

Notre échantillon	Population générale des fumeurs	Interprétation
Majorité de femmes	Majorité d'hommes	Meilleure participation des femmes aux enquêtes de santé. Plus de femmes dans la clientèle des pharmacies ⁴²
Majorité < 40 ans	L'usage du tabac diminue après 35 ans.	
Majorité de répondants ayant fait des études supérieures	Les plus diplômés sont moins souvent fumeurs (20%) que les non diplômés (38%).	Biais de sélection de notre échantillon : plus de personnes ayant fait des études supérieures (caractéristique de la population de Paris), plus de jeunes (qui ont étudié au-delà du bac beaucoup plus souvent que leurs aînés : 26% de baccalauréat en 1980 vs 78% en 2014) ⁴³ .
La majorité des répondants fume moins de 20 cigarettes par jour.	Nombre moyen de cigarettes par jour : 13,6	
La majorité des répondants veut arrêter de fumer.	69,1% des fumeurs réguliers déclarent avoir envie d'arrêter de fumer ou ont fait une tentative d'arrêt dans l'année	

Notre échantillon	Population générale des fumeurs	Interprétation
Les fumeurs jeunes ont fumé leur première cigarette plus tôt.	La génération née entre 1950 et 1960 fumait sa première cigarette vers 17 ans, la génération née entre 1980 et 1985 fumait sa première cigarette vers 15 ans. Aujourd'hui l'âge de la première cigarette est probablement aux alentours de 14 ans (enquête ESCAPAD) ⁴⁴	
Les fumeurs plus jeunes fument moins de cigarettes par jour que les plus âgés	A 20 ans 11,7 cigarettes par jour, à 50 ans 16,2 cigarettes par jour	
Usage des TNS plus fréquents chez les fumeurs plus âgés	Pas de données retrouvées	Combinaison de plusieurs explications possibles. Mécaniquement, plus on est âgé et plus on a eu le temps de faire des tentatives d'arrêt. De plus les personnes qui continuent à fumer après 40 ans sont plus dépendantes. Enfin leur motivation à utiliser les TSN a pu être renforcée par des troubles de santé, une incitation par les professionnels de santé, une évolution des priorités liée à une plus grande maturité.
Les fumeurs de faible niveau d'études fument leur première cigarette plus rapidement après le réveil que les fumeurs de niveau études supérieures.	Prévalence du tabagisme plus élevée chez les personnes n'ayant aucun diplôme (38%) versus (20%) chez les diplômés et a augmenté entre 2010 et 2014 (de 34% à 38%) versus (de 23% à 20%) chez les diplômés	Fumeurs de faible niveau d'étude ont un niveau de dépendance tabagique plus élevé (Fagerström ²⁵ , HSI ⁴⁵), ils auront plus de difficultés à arrêter. Tendance au maintien des inégalités sociales de santé
Les fumeurs recrutés en pharmacie fument plus rapidement leur première cigarette que les fumeurs de consultations.	Pas de données retrouvées comparant consultation et cabinet	Fumeurs en pharmacie ont un niveau de dépendance tabagique plus élevé et donc plus de difficultés à se sevrer. Importance du rôle du pharmacien pour ces fumeurs qui n'iront peut-être jamais consulter un médecin pour arrêter alors que ce sont eux qui en ont le plus besoin.

Notre échantillon surreprésente les femmes (dont le score moyen est légèrement supérieur de manière non significative) et les personnes ayant fait des études supérieures (dont le score moyen est supérieur), mais le comportement tabagique de notre échantillon est comparable à celui des fumeurs en général. Nos résultats surestiment donc probablement le niveau de connaissances des fumeurs en général.

Une autre limite tient à la forme "auto-questionnaire", qui est probablement en défaveur des fumeurs de niveau d'étude faible.

Par ailleurs certaines tournures de nos affirmations étaient probablement difficiles à comprendre, voire « piégeantes ». Par exemple :

- Q1 : présence de deux affirmations dans la même phrase.
- Q2 : toute la subtilité de la réponse à cette affirmation était dans la bonne lecture du mot « uniquement ». Pour arrêter de fumer, il faut aussi de la volonté bien sûr...
- Q7 et Q8 : la négation rendait la réponse ambiguë.

Tant en consultation qu'au comptoir, lorsque nous avons essayé d'« accrocher » un fumeur et de le motiver à répondre, il n'est pas exclu que nous ayons donné des informations orientant les réponses à venir. Il faut souligner le faible score global, qui aurait peut être été encore plus faible sans ce biais.

En pharmacie, au cours de la récupération des auto-questionnaires remplis, j'ai observé un effet d'essoufflement : le premier mois j'ai pu récupérer une vingtaine d'auto-questionnaire puis 10 le second mois puis de moins en moins. Une des hypothèses pour expliquer cet essoufflement est la difficulté pour le pharmacien et son équipe d'être en permanence dans une démarche pro-active de dépistage du tabagisme vis à vis des clients.

Une autre difficulté pourrait être le tabou de la question "êtes vous fumeur?" qu'il peut être difficile de poser à des clients qui sont juste de passage. Le manque de formation des équipes est aussi un problème car ils peuvent hésiter à aborder le sujet de peur d'être mis en porte à faux par des questions auxquelles ils ne connaissent pas les réponses.

Dans un mémoire de DIU⁴⁶ de tabacologie ces facteurs limitants (manque de temps, résistance des patients, manque de formation) ont déjà été décrits.

Une autre difficulté pourrait être la quasi impossibilité pour le personnel fumeur de la pharmacie de s'impliquer dans cette démarche de dépistage des clients fumeurs.

Malgré leurs limites nos résultats sont en cohérence avec les données de la littérature.

Une étude a mis en évidence certaines caractéristiques de fumeurs qui étaient les plus mal informés sur le sevrage tabagique. Parmi ces caractéristiques figurent un bas niveau d'éducation et le fait de ne pas avoir eu recours à des médicaments pour arrêter de fumer⁴⁷.

Une étude américaine de 2008¹⁷ met en évidence que beaucoup de fumeurs sont mal informés sur les risques (66%) et l'efficacité des TNS et que cela influence leur utilisation lorsqu'ils tentent d'arrêter. Une étude anglaise de 2004¹⁴ montre que les fumeurs les mieux informés sur l'efficacité et l'innocuité des TNS avaient souvent déjà utilisé des TNS.

Une étude¹⁵ montre que 78% des fumeurs considèrent qu'ils sont autant capables d'arrêter seuls qu'en se faisant aider d'où le pourcentage élevé de vrai à l'affirmation "arrêter de fumer est uniquement une question de volonté".

Ces résultats contribuent à expliquer les inégalités sociales face au tabagisme et au sevrage, et ont des implications importantes pour la pratique :

- les professionnels de santé doivent être conscients de ce manque de connaissances à combler et de ces idées fausses à combattre, puisque c'est un préalable incontournable à la bonne conduite de la démarche de sevrage ; en particulier informer les fumeurs sur les TNS pour les motiver à les utiliser apparaît indispensable pour mener une action efficace dans l'aide au sevrage tabagique.
- ils doivent être particulièrement attentifs aux personnes ayant un faible niveau d'études, puisque ce sont celles qui ont le plus grand besoin d'information,
- ils doivent utiliser un niveau de langage et des outils d'informations adaptés, comme ceux qui ont été récemment proposés par l'INPES et par Tabac Info Service⁴⁸.

2 L'impact d'une réunion d'information avec un tabacologue

Le profil des participants aux réunions diffère de celui des personnes qui ont répondu à l'auto-questionnaire dans les pharmacies.

On observe surtout des sujets abstinents qui utilisent des TNS, des sujets à forte dépendance tabagique et donc en difficultés pour arrêter, des sujets déjà motivés à arrêter, des sujets plus âgés et de niveau d'étude plus faible. Il s'agit donc de personnes ayant un besoin d'aide important, pour qui la participation à une réunion paraît a priori intéressante.

Une hypothèse pour expliquer ces profils est le recrutement majoritaire par la pharmacie de KM, très impliquée dans le projet. Ces personnes étaient déjà entrées dans un processus de sevrage avant la réunion et cette dernière venait compléter l'accompagnement.

La réunion d'information a eu un impact sur les connaissances globales des fumeurs sur le sevrage tabagique. On observe une amélioration des réponses statistiquement significative pour toutes les affirmations sauf pour Q1 " fumer moins de 10 cigarettes par jour ça n'est pas dangereux pour ma santé car je ne suis pas dépendant", Q2 "Arrêter de fumer est uniquement une question de volonté", Q4 "L'arrêt du tabac implique une prise de poids ≥ 8 kg en un an chez tout le monde".

Concernant Q1, les fumeurs étaient déjà bien informés avant la réunion ce qui explique probablement l'absence d'impact significatif.

Concernant Q2 et Q3 , les fumeurs ont du mal à accepter l'idée que pour réussir à arrêter de fumer ils ont besoin d'aide et ils maximisent l'effet de l'arrêt du tabac sur la prise de poids. Ces représentations semblent très ancrées dans les pré conçus collectifs et « résistent » aux informations apportées dans une simple réunion.

La prise de poids en tant qu'obstacle à l'arrêt a déjà été décrite dans de nombreux travaux étrangers^{49, 50, 51} et français⁵².

La volonté comme unique outils pour arrêter de fumer a déjà été décrite comme étant très présente dans les esprits^{11,15} et associée à un fort risque d'échec de sevrage²⁶.

Concernant les affirmations sur les TNS, on observe une amélioration des connaissances et notamment concernant l'idée fausse "fumer avec un patch c'est dangereux pour ma santé" qui était très présente avant la réunion.

Ces résultats positifs sur les connaissances des fumeurs doivent être considérés avec prudence pour deux raisons : la faible taille de l'échantillon et surtout le caractère immédiat de l'évaluation, juste après la réunion. Il n'a pas été possible d'évaluer les connaissances un mois plus tard, l'entretien téléphonique ne s'y prêtant pas.

Si nos résultats semblent avoir amélioré les connaissances, ils ne montrent pas d'impact statistiquement significatif sur les comportements tabagiques 1 mois après la réunion.

Les commentaires recueillis un mois après suggèrent que, après la réunion, les fumeurs se sentiraient mieux informés sur les dangers du tabagisme, la durée et les difficultés d'un sevrage tabagique et l'utilisation des TNS. La réunion permettrait de partager leurs expériences sur le sevrage tabagique et de renforcer leur motivation pour utiliser des TNS et faire appel à un tabacologue.

Une méta analyse Cochrane de 2015⁵³ a étudié l'intérêt des interventions visant à informer les fumeurs sur les thérapeutiques médicamenteuses d'aide à l'arrêt. Elle montre avec un faible niveau de preuve que ces interventions améliorent l'adhésion au traitement et augmentent les chances de maintien d'abstinence.

Il serait intéressant de mener en France une étude randomisée pour mesurer l'impact, chez des fumeurs français, d'une intervention centrée sur les connaissances. Les critères d'évaluation devraient mesurer non seulement les connaissances mais également les comportements tabagiques.

Deux profils de fumeur m'ont paru intéressants.

Le premier a rejeté les conseils donnés lors de la réunion et s'est fait le pari d'y arriver seul en faisant l'inverse de ce qui avait été dit. Il a déclaré être abstinent 1 mois après et avoir arrêté le lendemain de la réunion. Il a déclaré la réunion inutile pour lui et les conseils erronés. Il est possible que la réunion ait joué un rôle, le fumeur la vivant comme un défi à son autonomie et à sa capacité à s'en sortir seul. Une étude⁵⁴ a mis en évidence que la motivation, la volonté et l'engagement sont d'importants concepts pour les fumeurs qui arrêtent sans aides.

La deuxième a rechuté dans le mois ayant suivi la réunion, elle n'utilisait pas de TNS et était abstinente depuis 3 semaines au moment de la réunion. Nous savons⁵⁵ que le syndrome de sevrage tabagique dure plus longtemps que le syndrome de sevrage à l'alcool ou aux opiacés : 2 à 4 semaines contre moins d'une semaine. Les risques de rechute sont particulièrement importants dans le mois suivant l'arrêt.

3 La faisabilité d'un repérage et d'un suivi des fumeurs en officine

Le recrutement des fumeurs pour les réunions a varié selon les pharmacies.

Les hypothèses pour expliquer le meilleur recrutement de la pharmacie 1 :

- une équipe avec un nombre limité de personnel en contact régulier avec les mêmes clients, permettant des échanges plus personnalisés ; ce facteur positif de recrutement a déjà été décrit²¹
- la proximité de la pharmacie avec le lieu des réunions (Pôle de santé)
- la participation de la pharmacienne référente de la pharmacie 1 aux réunions

On observe que la pharmacie 4 a recruté le moins de fumeurs.

Les hypothèses pour expliquer ces résultats sont :

- les TNS ne sont pas en libre accès, ils apparaissent comme un médicament avec, dans l'esprit des fumeurs, la nécessité d'avoir une ordonnance pour se les procurer. Cette disposition pourrait créer une barrière supplémentaire pour aborder la question du tabac et des TNS
- la pharmacie est éloignée du lieu des réunions (comme la Pharmacie 3), la distance peut avoir découragé des fumeurs à participer.

On observe que la pharmacie 2 malgré un nombre de passage par jour très élevé n'a pas recruté de fumeurs pour les réunions. Ce résultat pourrait s'expliquer par :

- un nombre de personnel important et un nombre de passage par jour élevé favorisant un certain anonymat et une rapidité de passage au comptoir ne permettant pas une discussion plus approfondie
- la possibilité d'accéder à des entretiens pour les fumeurs au sein même de la pharmacie. Le projet du pôle pourrait venir en concurrence de ce qui existait déjà dans cette pharmacie.

L'entretien a mis en évidence certaines idées sur lesquelles les pharmaciens étaient unanimes. Les pharmaciens sont à l'aise avec les clients qui ont une demande d'aide au sevrage mais jugent peu faisable une attitude d'identification systématique des fumeurs. Les raisons évoquées sont le manque de temps, des logiciels inadaptés, la nécessité d'une caution médicale, l'absence d'intérêt financier et la crainte d'un ressenti intrusif des clients vis à vis de la démarche.

Pour pallier à ces obstacles on pourrait imaginer une campagne de dépistage en coordination avec le pôle et particulièrement avec les médecins, de courte durée, et encadrée par une formation des équipes.

Dans certains pays le rôle du pharmacien dans la lutte contre le tabagisme est plus développé qu'en France.

L'impact de l'intervention du pharmacien dans l'aide au sevrage tabagique a déjà été démontré dans une revue de la littérature de 2014, regroupant des études étrangères²².

Au Royaume Uni, le pharmacien est habilité à prescrire des TNS⁵⁶, ce qui permet au patient d'accéder à un remboursement sans passer par une consultation médicale. Ceci est d'autant plus important que les TNS⁵⁷ sont quasiment remboursés en intégralité sur la base d'une participation forfaitaire de 6£ pour la première prescription. Le pharmacien est également tenu de participer à des campagnes publiques d'informations organisées au niveau de son territoire⁵⁸.

En France, la HAS³ dans sa dernière recommandation propose d'inciter le pharmacien à donner des conseils au fumeur demandeur de TNS et à le faire entrer dans un protocole de coopération entre professionnels de santé mais elle n'explique pas le rôle du pharmacien en tant qu'acteur pour dépister et suivre les fumeurs. De plus le remboursement des TNS reste sur la base d'un forfait annuel et uniquement par l'intermédiaire d'une ordonnance faite par un prescripteur. Une étude française⁵⁹ montre que le conseil minimal en pharmacie n'est donné systématiquement que pour 1/3 des clients fumeurs.

Ce manque de reconnaissance et de mise en place de mesures incitatives en France peut expliquer les difficultés des pharmaciens à s'investir de façon optimale et proactive dans l'aide au sevrage tabagique.

Concernant les facteurs favorisant et les freins à une intervention efficace du pharmacien, les données retrouvées dans la littérature française et étrangère sont cohérentes avec nos résultats.

La revue Cochrane de 2004⁶⁰ suggère qu'une formation au sevrage tabagique de l'équipe officinale à un effet positif sur le taux de succès du sevrage. La revue a retenu que les contraintes identifiées par les pharmaciens sont le manque de temps, une rémunération jugée insuffisante, la nécessité d'une approche pluridisciplinaire et le besoin d'une collaboration renforcée avec le médecin généraliste.

Une étude⁶¹ a montré que la mise à disposition des pharmaciens d'un outil informatique d'aide au sevrage tabagique a aussi un impact positif.

Dans un mémoire français du DIU de tabacologie⁴⁶, les freins explicités par les pharmaciens sont le manque de temps, la résistance des patients, le manque de formation, le coût du traitement ; les facteurs favorisant explicités pourraient être l'implication dans un réseau de santé et le remboursement des TNS hors prescription.

La limite essentielle de ce volet de notre travail est le faible nombre de pharmacies ayant participé au focus groupe. Pour produire des connaissances valides au niveau national il aurait fallu faire plusieurs focus groupes et inclure des pharmacies situées dans des territoires géographiquement et socialement diversifiés, ce qui aurait dépassé le cadre de notre travail.

Cependant nos résultats apportent des informations utiles pour agir localement, c'est à dire pour impliquer les pharmacies du 13^e arrondissement dans les actions du Pôle santé Paris 13.

Les pharmaciens participant au focus groupe étaient ceux qui avaient participé au recrutement pour répondre à l'auto-questionnaire et pour les réunions. Ils étaient plutôt motivés et favorables à l'action, mais d'un autre côté ils s'étaient « frottés » aux difficultés réelles de repérage et recrutement des fumeurs. Leurs propos étaient donc pertinents sur le sujet.

Cependant les résultats de cette analyse qualitative limitée, portant sur 4 pharmacies seulement, doivent être considérés avec prudence, et incitent à mettre en place une étude plus vaste sur le rôle des pharmaciens dans le repérage des fumeurs et le sevrage tabagique.

Conclusion

Grâce à certains enseignements de ce travail, nous sommes en train de réaliser une campagne pro active de lutte contre le tabagisme d'un mois en novembre 2016 en coordination avec 20 pharmacies du 13e arr., le Pôle Santé Paris 13 et la CPAM de Paris dans le cadre de la campagne "Moi(s) sans tabac".

Elle permet de proposer aux fumeurs en pharmacies l'inclusion dans un suivi, un accès à des TNS gratuits sans ordonnances pendant une semaine et la participation à des réunions d'information avec des tabacologues. Pour faire le point sur leur comportement tabagique, les patients seront recontactés par téléphone 1 mois après leur inclusion. Cette campagne va permettre la réalisation d'une étude de plus grande ampleur qui évaluera l'impact de la campagne notamment le suivi en officine et la participation à des réunions d'information sur le comportement tabagique des participants.

Ce travail m'a fait me rendre compte qu'au cours de mon cursus médical je n'ai été formée que superficiellement à l'aide au sevrage tabagique et que par extension la plupart des médecins généralistes doivent aussi être dans cette situation. J'ai pu grâce au contact avec les tabacologues me former de manière plus adaptée notamment sur toutes ces idées reçues et questions que se posent les fumeurs.

Maintenant, je me sens plus compétente pour répondre aux questions des fumeurs et les accompagner. Grâce à cette compétence, je peux aborder plus sereinement la question du sevrage tabagique avec mes patients en consultation. Je vais pouvoir l'aborder plus régulièrement et efficacement car je n'ai plus peur de risquer de montrer mon incompetence.

Je pense que pour lutter efficacement contre le tabac, il faudrait aussi mieux former tous les professionnels de santé.

Bibliographie

- 1 WORD HEALD ORGANISATION. Tobacco [en ligne]. Juin 2016. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (consulté le 4 novembre 2016)
- 2 INPES. Tabac [en ligne]. Septembre 2014. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/index.asp> (consulté le 4 novembre 2016)
- 3 HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [en ligne]. Octobre 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours (consulté le 4 novembre 2016)
- 4 Tabac-info-service. Page d'accueil [en ligne]. Novembre 2016. Disponible sur : <http://www.tabac-info-service.fr/> (consulté le 4 novembre 2016)
- 5 INPES. Le tabac en France : nouvelles données du Baromètre santé Inpes 2014 [en ligne]. Février 2015. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/013-tabac-donnees-barometre-2014.asp> (consulté le 4 novembre 2016)
- 6 Jamie Brown et Robert West, « Smoking Prevalence in England Is below 20% for the First Time in 80 Years », *BMJ (Clinical Research Ed.)* 348 (11 février 2014): g1378
- 7 OFDT. Tableau de bord mensuel Tabac [en ligne]. Septembre 2016. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-tabac/> (consulté le 4 novembre 2016)
- 8 Lindsay F. Stead et al., « Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation », *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 11 (14 novembre 2012): CD000146
- 9 Kate Cahill et al., « Pharmacological Interventions for Smoking Cessation: An Overview and Network Meta-Analysis », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 5 (31 mai 2013): CD009329
- 10 Kate Cahill, Sarah Stevens, et Tim Lancaster, « Pharmacological Treatments for Smoking Cessation », *JAMA* 311, no 2 (8 janvier 2014): 193
- 11 Sarah A. Edwards et al., « Prevalence of Unassisted Quit Attempts in Population-Based Studies: A Systematic Review of the Literature », *Addictive Behaviors* 39, 2014, no 3: 512-19
- 12 Benjamin Cadier et al., « Cost Effectiveness of Free Access to Smoking Cessation Treatment in France Considering the Economic Burden of Smoking-Related Diseases », *PloS One* 11, no 2 (2016): e0148750

- 13 AMELI. Substituts nicotiques [en ligne]. Octobre 2016. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/substituts-nicotiques.php> (consulté le 4 novembre 2016)
- 14 Bansal MA al et, Stop-Smoking Medications: Who Uses Them, Who Misuses Them, and Who Is Misinformed about Them?, *Nicotine & tobacco Research*, 2004, supplement 3, volume 6 : p303-319
- 15 D. Hammond et al., Do Smokers Know How to Quit? Knowledge and Perceived Effectiveness of Cessation Assistance as Predictors of Cessation Behaviour, *Addiction* 99, 2004, no. 8 : pages 1042–48
- 16 Lam TH al et, Adherence to Nicotine Replacement Therapy versus Quitting Smoking among Chinese Smokers: A Preliminary Investigation, *Psychopharmacology*, 2005, volume 177 : p 400-408
- 17 Saul Shiffman et al., « Perceived Safety and Efficacy of Nicotine Replacement Therapies among US Smokers and Ex-Smokers: Relationship with Use and Compliance », *Addiction* 103, no 8 (août 2008): 1371-78
- 18 Lindsay F Stead and Tim Lancaster, Group Behaviour Therapy Programmes for Smoking Cessation, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, n°3 : CD001007
- 19 V. Sicre-Gatimel et al., Sevrage tabagique : l’impact du programme d’éducation thérapeutique spécifique de l’artériopathe, *Journal des Maladies Vasculaires* 37, no 5, 2012 : p260-61
- 20 J. Perriot et al., L’éducation thérapeutique du patient facilite l’arrêt du tabac, *Revue des Maladies Respiratoires*, 2015, n° 32 : pages A135–36
- 21 José S. Marcano Belisario et al., Interventions for Recruiting Smokers into Cessation Programmes, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 12 (12 décembre 2012): CD00918
- 22 M. Saba et al., Meta-Analysis of the Effectiveness of Smoking Cessation Interventions in Community Pharmacy », *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 39, no 3 (juin 2014): 240-47
- 23 K Bjartveit, « Health Consequences of Smoking 1-4 Cigarettes per Day », *Tobacco Control* 14, 2005, no. 5 : pages 315–20
- 24 La ligue contre le cancer. Tabac et cancer [en ligne]. 2016. Disponible sur : https://www.ligue-cancer.net/article/339_tabac-et-cancer (consulté le 4 novembre 2016)
- 25 HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l’abstinence en premier recours [en ligne]. Octobre 2014. Disponible sur : <http://www.has->

- sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours (consulté le 4 novembre 2016)
- 26 Hughes JR al et, Shape of the Relapse Curve and Long-Term Abstinence among Untreated Smokers., *Addiction*, 2004, volume 99 : pages 29-38
- 27 Daver J. and Biermé R, Short- and Long-Term Benefits of Smoking Cessation, *Annales de cardiologie et d'angéiologie*, 2001,n°50 : 224-8
- 28 Stop-tabac. Avez-vous réfléchi aux avantages d'une vie sans tabac? [en ligne]. 2016. Disponible sur : <http://www.stop-tabac.ch/fr/avantages-de-larret> (consulté le 4 novembre 2016)
- 29 Joseph C. Cappelleri et al., « Revealing the Multidimensional Framework of the Minnesota Nicotine Withdrawal Scale », *Current Medical Research and Opinion* 21, 2005, no. 5 : 749–60
- 30 H.-J. Aubin et al., « Weight Gain in Smokers after Quitting Cigarettes: Meta-Analysis », *BMJ* 345, 2012, no. jul10 2 : e4439–e4439
- 31 Farley AC al et, Interventions for Preventing Weight Gain after Smoking Cessation, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, n°1 : CD006219
- 32 Sara Kalkhoran et Stanton A Glantz, « E-Cigarettes and Smoking Cessation in Real-World and Clinical Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis », *The Lancet Respiratory Medicine* 4, 2016, no 2 : 116-28
- 33 HCSP. Bénéfices-risques de la cigarette électronique pour la population générale. 22 février 2016. disponible sur <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=541> (consulté le 4 novembre 2016)
- 34 Equipe Prescrire, Cigarettes électroniques et arrêt du tabac. Efficacité similaire à celle de la nicotine par d'autres voies, avec beaucoup d'incertitudes, *Revue Prescrire*, 2015, 35 (380) : 433-439
- 35 D. Moore et al., « Effectiveness and Safety of Nicotine Replacement Therapy Assisted Reduction to Stop Smoking: Systematic Review and Meta-Analysis », *BMJ* 338, 2009 no apr02 3 : b1024-b1024
- 36 P. G. Shields, « Long-Term Nicotine Replacement Therapy: Cancer Risk in Context », *Cancer Prevention Research* 4, 2011, no 11 : 1719-23
- 37 Equipe Prescrire, Effets indésirables cardiaques des substituts nicotiniques, *Revue Prescrire*, 2015 ; 35 (381) : 513-514
- 38 Tabac-info-service. Traitements et Substituts [en ligne]. Novembre 2016. Disponible sur : <http://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Traitements-et->

substituts#Peut-on%20devenir%20d%C3%A9pendant%20aux%20substituts
%20nicotiniques%20? (consulté le 4 novembre 2016)

- 39 Hajek P. al et, Long-term use of nicotine chewing gum. Occurrence, determinants, and effect on weight gain, JAMA, 1988, n°260 : 1593-6
- 40 INPES. Les profils des fumeurs en France. [en ligne] Septembre 2014. disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>. (consulté le 4 novembre 2016)
- 41 Guignard (Romain), Beck (François), Richard (Jean-baptiste) et al. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes , Évolutions, janvier 2015, n°31. Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1611.pdf> (consulté le 4 novembre 2016)
- 42 INSEE. Santé - Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes . INSEE Première, Octobre 2002, n° 869. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip869.
- 43 INSEE. Proportion de bacheliers dans une génération en 2014 [en ligne]. 2014. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF07252 (consulté le 4 novembre 2016)
- 44 Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, Marcus Ngantcha, François Beck. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014 [en ligne]. OFDT. Mai 2015, Tendances n°100, 8p. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-drogues-17-ans-analyse-de-lenquete-escapad-2014-tendances-100-mai-2015/> (consulté le 4 novembre 2016)
- 45 K. H. Lim et al., Heaviness of Smoking Index, Number of Cigarettes Smoked and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence among Adult Male Malaysians , Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP 13, 2012, no 1 : 343-46.
- 46 Rojer-Medeville MJ, Rôle des pharmaciens dans la prise en charge du fumeur et impact de la formation sur leur exercice au quotidien, Mémoire. U.F.R Médecine, Université Clermont Ferrand I, 2007 2008
- 47 Cummings KM al et, Are smokers adequately informed about the health risks of smoking and medicinal nicotine?, Nicotine & Tobacco Research, 2004, Volume 6: p333-40
- 48 INPES. L'info accessible : Tabac [en ligne]. 2016. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/tabac/index.asp> (consulté le 4 novembre 2016)

- 49 A. Memon et al., What Factors Are Important in Smoking Cessation and Relapse in Women from Deprived Communities? A Qualitative Study in Southeast England, *Public Health*, 2016, 134 : 39-45
- 50 Anna Berkelmans et al., Registered Nurses' Smoking Behaviours and Their Attitudes to Personal Cessation: Nurses' Smoking Behaviour, *Journal of Advanced Nursing* 67, 2011, no 7 : 1580-90
- 51 Lisa Rosenthal et al., Targeting Cessation: Understanding Barriers and Motivations to Quitting among Urban Adult Daily Tobacco Smokers, *Addictive Behaviors* 38,2013, no 3 : 1639-42
- 52 Henri-Jean Aubin et al., The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) Cohort: French Smokers Perceptions and Attitudes towards Smoking Cessation , *BMC Public Health* 10, 2010, no 1
- 53 Gareth J. Hollands et al., « Interventions to Increase Adherence to Medications for Tobacco Dependence », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 2 (23 février 2015): CD009164
- 54 Andrea L. Smith et al., The Views and Experiences of Smokers Who Quit Smoking Unassisted. A Systematic Review of the Qualitative Evidence , éd. par Ruth Jepson, *PLOS ONE* 10, 2015, no 5 : e0127144
- 55 Aubin HJ De la tabacologie à l'addictologie. *La revue du praticien*, mars 2012 ; n°62 : 356-359
- 56 Cour des comptes. Rapport d'évaluation : Les politiques de lutte contre le tabagisme. Décembre 2012. p 194 Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme> (consulté le 4 novembre 2016)
- 57 Cour des comptes. Rapport d'évaluation : Les politiques de lutte contre le tabagisme. Décembre 2012. p 317 Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme> (consulté le 4 novembre 2016)
- 58 NHS in England.NHS authorities and trusts. Avril 2016.Disponible sur <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx> (consulté le 4 novembre 2016)
- 59 A. Le Louarn et S. Gérard, « [Pharmacists' role in smoking cessation activities in Alsace] », *Sante Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France)* 14, no 2 (juin 2002): 121-34

- 60 Sinclair HK al et, Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation, Cochrane Database Systematic Reviews, 2004, issue 1 : CD003698
- 61 B. C. Bock et al., A Tailored Intervention to Support Pharmacy-Based Counseling for Smoking Cessation, Nicotine & Tobacco Research 12, 2010, no 3 : 217-25

Annexe

1 Annexe 1 : Auto-questionnaire

Tabac : êtes-vous bien informé ? Une enquête proposée par votre pharmacien et le Pôle Santé Paris 13

Fumer moins de 10 cigarettes par jour, ce n'est pas grave pour ma santé car je ne suis pas dépendant.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

Arrêter de fumer est uniquement une question de volonté.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

Le goût, l'odorat et le souffle s'améliorent dans la semaine suivant l'arrêt du tabac.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

L'arrêt du tabac implique une prise de poids \geq 8 kg en un an chez tout le monde.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

Les produits à la nicotine (patch, gommes...) peuvent limiter la prise de poids à l'arrêt du tabac.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

L'efficacité des patches à la nicotine sur l'arrêt du tabac a été prouvée scientifiquement.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

La cigarette électronique à la nicotine n'apporte aucune aide pour arrêter de fumer.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

Lorsqu'on met un patch, on peut fumer avec, ce n'est pas dangereux.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

Pour arrêter de fumer on peut utiliser sans danger des produits à base de nicotine pendant plusieurs mois.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

Lorsqu'on commence à utiliser des patches à la nicotine, on risque de ne plus pouvoir s'en passer.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

Suite au verso

**Quelques informations vous concernant
(elles seront traitées anonymement)**

Homme / Femme

Age _____

Niveau d'études :

aucun diplôme ou brevet baccalauréat études supérieures

A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? _____

Situation par rapport à l'arrêt du tabac :

- vous êtes en cours d'arrêt
- vous n'êtes pas en cours d'arrêt mais vous voulez arrêter de fumer
- vous ne voulez pas arrêter de fumer

Avez vous déjà utilisé des produits avec de la nicotine pour vous aider à arrêter ?

Oui Non

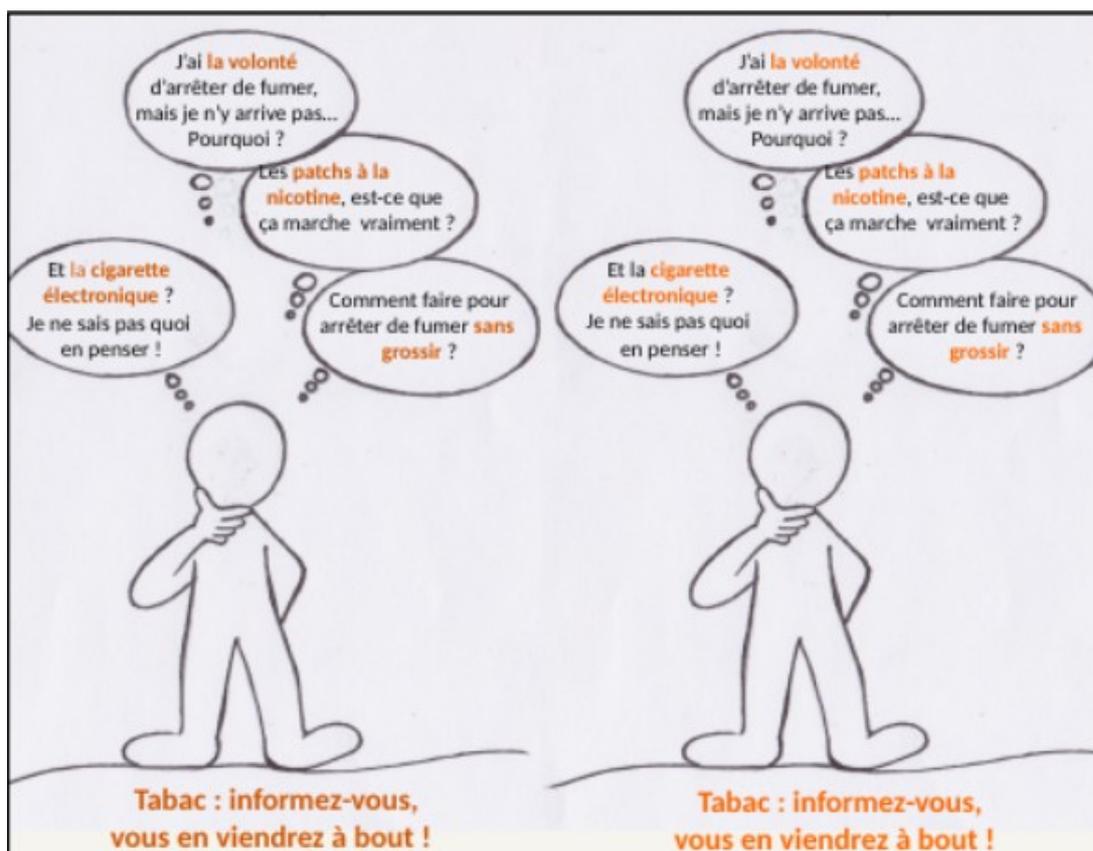
Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? Combien de cigarettes fumez-vous en moyen ne par jour ?

?	<10	<input type="checkbox"/>
≤ 30 minutes <input type="checkbox"/>	Entre 10 et 19	<input type="checkbox"/>
> 30 min <input type="checkbox"/>	≥ 20	<input type="checkbox"/>

Merci de remettre vos réponses à votre pharmacien.

En échange il vous donnera une invitation !

2 Annexe 2 : Flyer



Votre pharmacien vous invite à poser vos questions à un tabacologue de la Pitié Salpêtrière

Réunions ouvertes à tous et gratuites.

Lieu :

Pôle Santé Paris 13
31 place Jeanne d'Arc
75013 Paris.

Dates, au choix :

Jeudi 10 mars à 18h30
Lundi 11 avril à 18h30
Jeudi 12 mai à 18h30
Lundi 13 juin à 18h30

Si vous êtes intéressé(e), merci de vous inscrire auprès de votre pharmacien, ou en appelant le secrétariat du Pôle Santé Paris 13, au **09 67 23 58 37**

Votre pharmacien vous invite à poser vos questions à un tabacologue de la Pitié Salpêtrière

Réunions ouvertes à tous et gratuites.

Lieu :

Pôle Santé Paris 13
31 place Jeanne d'Arc
75013 Paris.

Dates, au choix :

Jeudi 10 mars à 18h30
Lundi 11 avril à 18h30
Jeudi 12 mai à 18h30
Lundi 13 juin à 18h30

Si vous êtes intéressé(e), merci de vous inscrire auprès de votre pharmacien, ou en appelant le secrétariat du Pôle Santé Paris 13, au **09 67 23 58 37**

3 Annexe 3 : message téléphonique de rappel

De : poleSanté13

Atelier Tabac RAPPEL :

Vous êtes attendu(e) aujourd'hui le ... à 18h30 au 31 place Jeanne d'Arc (Pôle Santé Paris 13) pour discuter tabac en compagnie d'autres fumeurs, d'un tabacologue et d'une pharmacienne. « Le tabac, informez-vous et vous en viendrez à bout ».

4 Annexe 4 : extrait de l'auto-questionnaire avant le réunion (caractérisation des participants)

Vos initiales : _____ Votre année de naissance : _____

Vous êtes : Homme / Femme

Qui vous a orienté vers l'atelier :

Pharmacie Jeanne d'Arc

Pharmacie Centrale

Pharmacie Leroy

Pharmacie Tran Berger

Autre : _____

Niveau d'études :

Aucun diplôme ou brevet

Baccalauréat

Études supérieures

A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? _____

Avez vous déjà utilisé des produits avec de la nicotine pour vous aider à arrêter ?

Oui Non

Situation aujourd'hui par rapport à l'arrêt du tabac :

Vous êtes en cours d'arrêt

▪ Actuellement, vous utilisez :

Aucun produits à la nicotine

Patchs Gommages Pastilles

Spray Cigarette électronique

▪ Actuellement pour arrêter de fumer, vous êtes aidé par :

Aucun professionnel de santé

Médecin généraliste Tabacologue

Pharmacien

Vous n'êtes pas en cours d'arrêt mais vous voulez arrêter

Vous ne voulez pas arrêter

Si actuellement vous ne fumez plus de tabac, de quand date votre dernière cigarette ? _____

AUJOURD'HUI si vous fumez :

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

≤ 30minutes

> 30minutes

Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ? _____

5 Annexe 5 : Extrait de l'auto-questionnaire après la réunion

Vos initiales : _____ Votre année de naissance : _____

Vous êtes : Homme / Femme

Seriez-vous d'accord pour être contacté par téléphone dans un mois pour faire le point ?

Oui / Non

Si oui :

nom : _____

téléphone : _____

6 Annexe 6 : Questionnaire téléphonique à 1 mois

Nom :

Prenom :

OU EN ETES VOUS PAR RAPPORT AU TABAC ?

AVEZ VOUS DES COMMENTAIRES SUR LA REUNION ?

Situation aujourd'hui par rapport à l'arrêt du tabac :

· vous êtes en cours d'arrêt

▪ Actuellement, vous utilisez :

Aucun produits à la nicotine

Patches Gommages Pastilles

Spray Cigarette électronique

▪ Actuellement pour arrêter de fumer, vous êtes aidé par :

Aucun professionnel de santé

Médecin généraliste

Tabacologue

Pharmacien

Vous n'êtes pas en cours d'arrêt mais vous voulez arrêter

Vous ne voulez pas arrêter

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

≤ 30minutes

> 30minutes

Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ? _____

Aujourd'hui, êtes-vous abstinents ?
Depuis combien de jours :

7 Annexe 7 : Commentaire patient par patient de chaque réunion

REUNION MARS :

« non moralisateur » ; « discussion avec d'autres personnes fumeuses » ; « écouter le témoignage d'autres fumeurs » ;
« comment utiliser les patchs et informations » ;
« collaboration tabacologue et pharmacienne ».

« ça m'a remotivé »
« remis les idées au clair sur les chiffres »
« j'ai mieux compris ma situation »
« bonne initiative »

« A mon âge c'est plus difficile »
« Je projette de voir un tabacologue pour qu'il me donne des combines pour diminuer »
« ya pas eu de jugement » « ya pas eu de moral » « ont insisté sur les bénéfices à l'arrêt » « psychothérapie de groupe » « parler entre fumeurs » « soulagement se sent moins seule » « langage fumeur » « groupe hétérogène » « on pouvait poser nos questions » « débat animé » « interactivité » « a voulu motiver les autres fumeurs plus jeunes à arrêter car en vieillissant c'est plus difficile »
« nous donner les combines pour diminuer la consommation » « refaire un atelier avec le même groupe »

« Arrêter de fumer, c'est un processus long »
« Idées de fumer encore présente »
« échange entre fumeurs intéressant »
« ce que dit le professionnel on le sait déjà »
« rassuré sur les gommes » « était angoissé de continuer à en consommer »
« donner des astuces pratiques et chacun choisit celle qui lui convient »
« plus parler des substituts »
« mieux cadrer les participants quand digression sur vie personnelle »

« Sous dosage initial, je diminuais les doses trop vite (= comme c'était indiqué sur la notice) »
« donner des conseils aux autres grâce à son expérience pour les aider à arrêter »
« confirmation notice erronée (1 mois de patch... puis diminuer la dose)
« son ami en cours d'arrêt difficile, a pris 10kg ne prend pas de substituts »

REUNION AVRIL

« projette de retourner voir un tabacologue »
(exemple d'une participante avec patch depuis 2ans). « il faut du temps pour le sevrage »
« rassuré de voir des participants en cours d'arrêt et d'essai d'arrêt utilisant des patch , pastille » « lors de l'atelier, essai nikitin qu'un participant avait sur lui »
« ça m'a incité à réessayer »

a revu sa tabacologue qq jours après la réunion,
« impressionnant qu'avec que qq cigarettes par jour on augmente autant les risques

pour sa santé »

« rencontre avec d'autres personnes dans la même situation »

« mais relation différente avec la cigarette selon les personnes »

« ça m'a fait comprendre qu'il faut complètement arrêté par rapport aux risques pour ma santé » « la courbe »

« situations des autres participants m'ont montré que ça peut être long d'arrêter »

« ça m'a motivé à diminuer » « au boulot, on en parle, on essaie de diminuer »

« je vais essayer les patchs » « avant j'étais complètement réticent à ce genre d'aide » « je peux aller directement à la pharmacie pour en acheter ou je dois aller chez le medecin? »

« je ne regrette pas d'être venu »

REUNION MAI

« je n'ai pas pris de décision »

« ce n'est pas le moment »

« quand je prendrai la décision ce sera radical »

« on a tous les renseignements qu'il faut »

« c'est intéressant »

« ça m'a fait me rendre compte qu'il ne fallait pas que je reprenne »/ «

je suis sortie de là contente, ça m'a narcissisé car j'ai arrêté »

«

j'ai appris des choses/on a beaucoup d'à priori sur les substituts nicotiques/il y avait beaucoup de choses que je ne savais pas/danger tabagisme passif/danger d'être un fumeur occasionnel/on se dit qu'une clope de temps en temps c'est rien mais en fait c'est faux »

« dommage que l'on ne soit pas plus nombreux »

REUNION JUIN

« j'ai arrêté il y a 2 mois/j'en suis très fière intérieurement »

« l'alcool pour s'arrêter c'est rien, le tabac c'est une horreur »

« le principal c'est que maintenant quand je me réveille je n'ai pas envie de fumer »/ « j'ai envie 3h après le lever, je prends un chewing gum comme ça j'oublie tout »

« j'ai envie de vieillir avec des dents/ je vais en avoir pour 14000euros dû au tabagisme »

« ça m'a servi pour continuer à arrêter »

« j'y suis allé pour voir »

« intéressant de voir un tabacologue, je vais peut être aller en voir un »

« qd on est seul c'est pas évident/ je ne veux pas grossir »

« il n'y avait pas beaucoup de monde/ça m'a gêné le mr qui est parti au milieu et le monsieur qui se centrait que sur lui »

« c'était bien dirigé/intéressant/ça m'a apporté la parole du tabacologue/ savoir bcp de choses que je ne savais pas »

« c'est de ma volonté » ;

« j'ai laissé la cigarette par la volonté depuis le lendemain de la réunion »

« on n'a pas besoin d'utiliser un tabacologue ni rien pour arrêter »

« ça ne m'a rien apporté car on m'avait expliqué que je devais utiliser des produits, un tabacologue et j'ai réussi à arrêter sans tout ça »

8 Annexe 8 : Guide d'entretien avec les pharmaciens

1) QUALIFICATION des 4 pharmacies :

Caractéristiques, particularités, de votre pharmacie, de votre équipe, de votre clientèle

2) Quels CLIENTS approchez-vous ?

Abordez-vous particulièrement ou uniquement certaines catégories de clients ? Les fumeurs connus ? ceux qui demandent des substituts nicotiques ? Les «chroniques » ? tout le monde ? Ceux connus de longue date ? Ceux avec qui vous avez une relation de confiance ?

Quelles DIFFICULTES avez vous rencontrées ? le patient refuse de donner son statut tabagique au comptoir ? Patient peu motivé à parler tabac, réticent par rapport aux substituts nicotiques ?

4) Quel est votre INTERET dans cette démarche?

5) Quelle serait le projet le plus ambitieux? Et le plus faisable ?

Essayez de penser aux questions de faisabilité d'abord pour votre pharmacie puis pour les pharmacies du quartier en général.

6) Que pensez-vous de la faisabilité au comptoir d'une campagne de 3mois/an pour suivre et recruter des fumeurs dans leur pharmacie ? durant cette période, serait-il possible d'approcher tous les clients au comptoir et de notifier leur statut tabagique et de proposer atelier et suivi à tous les fumeurs repérés ?

Avez-vous des PROPOSITIONS D'ORGANISATION de l'action pour améliorer le recrutement ?

7) Serait-il envisageable de designer une PERSONNE REFERENTE de l'action au sein de votre pharmacie ?

8) Seriez vous intéressé (ou des personnes travaillant dans votre pharmacie) par une réunion de FORMATION sur le tabac ?

Vous sentez vous suffisamment à l'aise sur vos connaissances sur les TSN et le sevrage tabagique pour pouvoir répondre à toutes les questions posées par les clients ? N'est ce pas un frein à l'approche des clients ?

Sevrage tabagique : étude des connaissances et idées fausses des fumeurs, mise en place de réunions d'information et rôle du pharmacien

RESUMÉ

Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable. Des études ont montré que les fumeurs ont des idées fausses sur les TNS et qu'elles pourraient diminuer les chances d'arrêt. Nos objectifs sont de mettre en évidence les idées fausses des fumeurs d'un quartier, d'évaluer l'impact d'une réunion d'information sur les connaissances et le comportement tabagique et d'évaluer la faisabilité d'un repérage et d'un suivi en pharmacie.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une enquête transversale par auto-questionnaire auprès de fumeurs de 4 pharmacies ou d'un cabinet médical du 13^e arr. Nous avons réalisé une étude interventionnelle, avant après réunion d'information. Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive avec un focus groupe de pharmaciens.

Résultats et Analyses : 95 auto-questionnaires ont été obtenus. Le score moyen de réponses justes est de 3,89/10. Le manque d'information est plus marqué chez les fumeurs n'ayant pas de diplôme et n'ayant jamais utilisé des TNS. Il y a un impact significatif d'une réunion d'information sur les connaissances à court terme des fumeurs sur les TNS. Il n'y en a pas sur le comportement tabagique. Les freins en officine sont le manque de temps et l'absence de financement adapté.

Conclusion : Les fumeurs ont un besoin d'information sur les TNS et d'autant plus s'ils n'ont pas de diplôme ou s'il n'ont jamais utilisé de TNS. Une étude de plus grande ampleur est nécessaire pour montrer un impact significatif d'une réunion d'information sur le comportement tabagique. Le pharmacien pourrait être plus efficace dans la lutte contre le tabagisme à condition de lui apporter des outils adaptés à son exercice.

MOTS-CLES : Sevrage tabagique, substituts nicotiques, idées fausses, réunion d'information, pharmacie

Smoking cessation : smokers' knowledges and misconceptions, implementation of information meetings and pharmacists' role

ABSTRACT :

Smoking is the leading preventable death cause. Studies show that smokers have false ideas about tobacco and NRT and these ideas could reduce the chances to stop. Our objectives are to reveal the false smokers' ideas, from a borough, to evaluate the impact of an information meeting on smokers' knowledges and smoking behaviour and to evaluate the feasibility of a tracking in pharmacy.

Material and method : We realised a cross-survey by self-questionnaire from smokers, clients of four pharmacies or patients of a doctor's office in the 13th borough.

We realised an interventional study, before and after an information meeting. We realised a qualitative study with a focus group of pharmacists.

Results and Analysis: 95 self-questionnaires have been recovered. The average score of right answers is 3.89/10. The information lack is more marked in smokers without degree and who have never used NRT. We observe a significant impact of information meeting on the level of overall knowledge at short-term about the NRT. There is no significant impact of the meeting about smoking behavior. The feasibility level of a tracking in pharmacy appears limited by the lack of time, the absence of adapted funding.

Conclusion: Smokers need informations about NRT and even more if they don't have degree or if they have never used NRT. A greater magnitude study is necessary to show a positive impact of an information meeting on smoking behavior. The pharmacist could be more efficient about the fight against smoking if we provided him adapted tools to his exercise.

KEY WORDS : smoking cessation, misconceptions, information briefing, pharmacy

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06