



**HAL**  
open science

## Quel est le point de vue des patients sur le suivi par une infirmière ASALÉE dans le cadre du sevrage tabagique?

Marion Sorel

### ► To cite this version:

Marion Sorel. Quel est le point de vue des patients sur le suivi par une infirmière ASALÉE dans le cadre du sevrage tabagique?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02140634

**HAL Id: dumas-02140634**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02140634>**

Submitted on 27 May 2019

**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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2019

N°

# **THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE**

D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

PAR

**MARION SOREL**

NEE LE 20 MARS 1990 A CHERBOURG

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE JEUDI 25 AVRIL 2019

**QUEL EST LE POINT DE VUE DES PATIENTS SUR LE SUIVI PAR UNE  
INFIRMIERE ASALEE DANS LE CADRE DU SEVRAGE TABAGIQUE ?**

Président de jury : Pr Luc THIBERVILLE

Directeur de thèse : Dr Dominique DESDOUITS

Membres du jury : Dr Emmanuel HAZARD

Dr Marianne LAINE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

-----

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Benoît VEBER**  
**Professeur Guillaume SAVOYE**

I - MEDECINE

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CB	Cancérologie

Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique

Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
<b>MUIR</b> ( <i>sumombre</i> )	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b> ( <i>sumombre</i> )	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b> ( <i>sumombre</i> )	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas <b>MOUREZ (détachement)</b>	HCN	Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	HCN	Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie
Mr Julien <b>WILS</b>	HCN	Pharmacologie

**PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Isabelle <b>LEROUX - NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mr Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

#### **ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
------------------	---------------

#### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
--------------------	------------------

**LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Serguei <b>FETISSOV</b> (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var <b>TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS** : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ - Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>14</b>
<b>ABREVIATIONS</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>16</b>
<b>Les chiffres du tabagisme en France</b>	<b>16</b>
<b>Sevrage tabagique</b>	<b>17</b>
<b>Dispositif ASALEE</b>	<b>18</b>
<b>IDE ASALEE et protocole de sevrage tabagique</b>	<b>19</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b>	<b>21</b>
<b>Type d'étude</b>	<b>21</b>
<b>Population étudiée</b>	<b>21</b>
<b>Cadre légal</b>	<b>22</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>23</b>
<b>Caractéristiques des participants aux entretiens</b>	<b>23</b>
<b>Avant le premier rendez-vous</b>	<b>23</b>
Orientation vers IDE ASALEE	23
A quoi s'attendre?	24
<b>Première consultation</b>	<b>24</b>
Déroulement	24
Spirométrie et taux de monoxyde de carbone	25
<b>Suivi</b>	<b>26</b>
Relation avec l'IDE	26
Le tabac mais pas que...	26
Différence avec le médecin	27

Relation médecin / IDE	27
<b>Fin de prise en charge</b>	<b>27</b>
<b>Points positifs et négatifs</b>	<b>28</b>
Ce qui leur a manqué	28
Comparaison avec d'autres tentatives de sevrage	28
Satisfaction des patients	29
Coût de la prise en charge	29
<b>DISCUSSION</b>	<b>30</b>
<b>Principaux résultats</b>	<b>30</b>
<b>Forces et faiblesses de l'étude</b>	<b>31</b>
Forces	31
Limites	31
<b>ASALEE</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>34</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>36</b>
<b>Annexe 1 : Test de Fagerström</b>	<b>36</b>
<b>Annexe 2 : Test de Horn</b>	<b>37</b>
<b>Annexe 3 : Guide d'entretien</b>	<b>38</b>
<b>RESUME</b>	<b>39</b>
<b>MOTS CLES</b>	<b>39</b>

# **Remerciements**

Merci à Monsieur le Professeur THIBERVILLE, Professeur de pneumologie au CHU de Rouen, d'avoir accepté d'être président du jury de cette thèse.

Merci au Docteur LAINE, médecin généraliste à Rouen d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse.

Merci au Docteur HAZARD, médecin généraliste à Romilly Sur Andelle, d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse.

Merci au Docteur DESDOUITS, médecin généraliste à Louviers d'avoir été un maître de stage, un directeur de thèse toujours disponible et enthousiaste, à l'écoute de ses patients.

Merci aux Docteurs HENRI, JACQUART, LEMENAGER, MAUBOUSSIN et PERTUET, d'avoir été des maîtres de stage de médecine générale hors pair, qui m'ont transmis leurs connaissances et leur passion commune pour la médecine générale.

Merci à Angélique, infirmière ASALEE à Louviers qui a répondu à mes questions et qui accepte de voir les patients que je lui envoie.

Merci à Fanny, infirmière ASALEE à Saint Aubin Les Elbeuf, qui m'a permis de voir ses patients.

Merci à mes parents qui m'ont toujours soutenu pendant mes études, de la 1<sup>re</sup> année à ce jour, mais aussi dans mes projets, personnels et professionnels.

Merci à ma sœur, colocataire et consœur qui pensait passer sa thèse avant moi...

Merci à mon frère, toujours de bon conseil sur beaucoup de sujets, grâce à ses connaissances.

Merci à mes grands parents et au plaisir des vacances de l'enfance, de lire la fierté dans vos yeux.

Merci à mes beaux parents pour leur accueil et leur générosité.

Enfin, merci à Nicolas sans qui je ne serais probablement pas là aujourd'hui et sans qui cette thèse ne serait pas encore terminée, pour le soutien le bonheur et la bonne humeur au quotidien dans le passé, le présent et le futur, à deux et bientôt plus...

## **Abréviations**

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : hémoglobine glyquée

IC 95% : intervalle de confiance à 95%

IDE : infirmier(ère) diplômé(e) d'état

OR : odds ratio

PA : paquet année (1 PA = un paquet de cigarettes par jour pendant un an)

RR : risque relatif

# **Introduction**

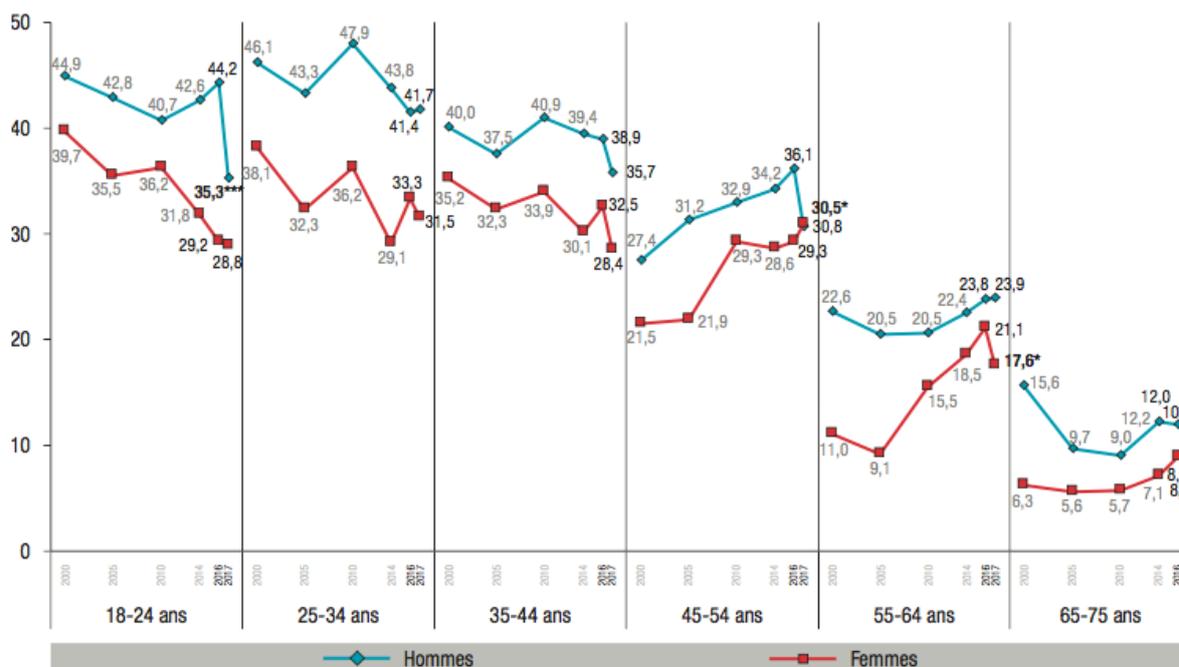
## **Les chiffres du tabagisme en France**

Le tabac est un problème majeur de santé publique. C'est la première cause de mortalité évitable (1) en France, responsable de 78 000 morts par an. Environ 50% des fumeurs décèdent prématurément à cause d'une pathologie liée au tabac. Ces maladies sont nombreuses :

- Les cancers du poumon : 40 000 nouveaux cas par an et 30 000 décès par an en 2017 selon l'InCa, avec une survie standardisée à 5 ans à 17 % et 10% à 10 ans. (2)
- Les maladies cardio-vasculaires : 18 000 décès par an selon la Fédération française de cardiologie.
- Les pathologies respiratoires dont BPCO : 1,7 millions de Français seraient concernés soit 4% de la population française, 145 000 patients sous oxygène longue durée et 16 000 décès en 2013 selon l'INSERM.

Les risques liés au tabagisme passif ne sont pas négligeables : augmentation de 25 % du risque de cancer bronchique et du risque de maladies cardiovasculaires (3). Le tabagisme est la première cause identifiée de mort subite du nourrisson.

En France, selon les données du baromètre santé 2017 (4), 31,9% des personnes âgées de 18-75 ans déclarent fumer (35,2% des hommes et 28,7% des femmes). La proportion de fumeurs quotidiens s'élève à 26,9% parmi les 18-75 ans (29,8% parmi les hommes et 24,2% parmi les femmes). Parmi ces fumeurs quotidiens, 26,3% avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine dans l'année. 56,7% des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer : 10,3% dans le mois à venir; 14,5% dans les six prochains mois; 5,1% dans l'année à venir et 26,9% dans un avenir non déterminé.



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France.  
 Les \* indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : \* p<0,05 ; \*\*\* p<0,001.

**Figure 1** : Prévalence en % du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe en France

## Sevrage tabagique

Les médecins généralistes sont souvent le premier recours des patients qui souhaitent une aide lors de leurs tentatives de sevrage tabagique. D'autant plus que les patients sont souvent satisfaits de la prise en charge du sevrage tabagique par leur médecin généraliste (5). Il existe plusieurs freins à la réalisation de consultations dédiées à cette demande. Le manque de temps avec la désertification médicale, le manque de reconnaissance et de rémunération, le manque de connaissances et de formation en tabacologie sont une partie des raisons qui font que les médecins généralistes ne s'impliquent pas assez dans ce domaine (6). Les médecins spécialistes sont eux aussi dans cette même réticence à mettre en œuvre ces prises en charge chronophages. Certains auteurs proposent donc de faire intervenir d'autres professionnels de santé (7).

Dans de nombreux pays, d'autres professionnels de santé sont formés pour fournir une aide au sevrage aux patients qui le demandent notamment des IDE et

des sages-femmes. Dans une étude randomisée de patients souhaitant un sevrage (8), on retrouve une abstinence identique dans le groupe suivi par un infirmier par rapport au groupe suivi par un médecin lorsque les patients sont traités par varenicline (OR= 0.71; IC 95%: = 0,44 ; 1,16).

La revue de la littérature Cochrane (9) démontre que l'intervention des IDE est positive et complète les conseils des autres intervenants (médecins, ...) avec un bénéfice quantitatif : l'intervention par l'IDE en plus du médecin augmente, par rapport à l'intervention du médecin seul, la probabilité d'arrêter de fumer RR 1.29 (IC 95% : 1,21 à 1,38).

### **Dispositif ASALEE**

Le dispositif ASALEE a été créé en 2004 (10) pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine libérale par des IDE en collaboration avec les médecins généralistes. Des protocoles de collaboration permettent de déléguer des activités de dépistage ou de suivi de maladies chroniques. Ces IDE sont formés à l'éducation thérapeutique et sont rattachées à un ou plusieurs médecins généralistes qui leur adressent des patients pour différents suivis et / ou dépistages. Les médecins et IDE se rencontrent à échéance donnée pour discuter des patients qu'ils ont en commun et orienter ou adapter la prise en charge si nécessaire.

Les IDE ASALEE travaillent dans plusieurs domaines :

- dépistage de troubles cognitifs
- dépistage de BPCO
- suivi et aide au sevrage tabagique
- suivi et éducation des patients diabétiques
- suivi et éducation des patients vasculaires

Ces domaines de compétences s'élargissent au fur et à mesure et en fonction des formations des IDE avec notamment le suivi d'enfants en surpoids, les évaluations de développement psychomoteur.

De nombreuses évaluations ont déjà été réalisées pour le protocole de suivi des patients diabétiques, un des premiers mis en place lors de la création du dispositif. Les études retrouvent une meilleure réalisation des examens recommandés par l'HAS (11) notamment HbA1c, microalbuminurie, test au monofilament et fond d'œil ( $p < 0,001$ ) et un meilleur équilibre glycémique (12). La probabilité d'avoir une valeur d'HbA1c inférieure ou égale 8 % sur un an est 1,8 fois plus importante pour les patients dans le groupe ASALEE que pour ceux du groupe témoin (OR=1,8 pour un  $p < 0,05$ ).

A la fin de l'année 2017, on comptait 533 IDE (267 équivalents temps plein) dans 753 cabinets et travaillant en collaboration avec 1959 médecins.

### **IDE ASALEE et protocole de sevrage tabagique**

Lors du premier entretien par l'infirmier ASALEE avec un patient dans le cadre du dépistage de BPCO ou d'une demande d'aide au sevrage du tabac, l'IDE a la possibilité de réaliser différents tests :

- évaluation de la dépendance au tabac par le test de Fagerström (annexe 1)
- évaluation de la motivation sur une échelle numérique (de 0 à 10)
- évaluation des situations liées au tabac par le test de Horn (annexe 2)
- spirométrie : examen réalisé au cabinet pour mesurer les volumes pulmonaires et les débits expiratoires. C'est un examen de débrouillage utilisé notamment dans le cadre de l'asthme et de la BPCO. Lorsque des anomalies sont retrouvées, le patient est adressé à un pneumologue pour des épreuves respiratoires plus poussées.
- mesure du taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré. Les patients soufflent dans un appareil qui donne un chiffre de CO en

parties par million (ppm). Les résultats sont répartis en 3 groupes : faible (< ou = à 6 ppm), moyen (7 à 10 ppm), élevé (> ou = à 11 ppm) (13).

Ces tests peuvent être réalisés au début de la prise en charge mais aussi au fil des rendez-vous pour suivre l'évolution.

Les patients sont soit recontactés par téléphone au début de leur sevrage soit directement en consultation au bout d'un temps de sevrage déterminé. Le suivi se fait ensuite à la demande. L'IDE propose au patient de le revoir s'il le souhaite qu'il soit en sevrage ou non.

Les IDE ASALEE ont aussi une délégation de prescriptions pour certains produits pharmaceutiques, c'est notamment le cas de tous les substituts nicotiques. La prescription de ces substituts fait partie du panel d'options qu'elles peuvent proposer dans le cadre du sevrage du tabac.

L'objectif de cette étude est donc d'évaluer le point de vue des patients en demande de sevrage tabagique suivis, dans le cadre du dispositif ASALEE, par une IDE formée en éducation thérapeutique.

# **Matériel et méthode**

## **Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. La méthode qualitative a été choisie car elle est adaptée à la recherche en soins primaires et pour permettre aux patients de s'exprimer librement (14).

Le guide d'entretien a été rédigé avant la réalisation des premiers entretiens. Il est composé de questions ouvertes dont l'ordre et la formulation ont varié en fonction du patient. Le guide d'entretien a été testé sur un premier patient puis a évolué au fil des entretiens (guide d'entretien final : annexe 3).

## **Population étudiée**

Les participants sont des patients majeurs qui sont ou étaient suivis par deux IDE ASALEE de Haute Normandie, une dans l'Eure et une en Seine Maritime.

La taille de l'échantillon n'était pas déterminée en début de travail car les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

Au bout de 11 entretiens, une saturation des données a été atteinte. 35 patients avaient été contactés parmi les patients qui étaient suivis par les deux IDE ASALEE. Sur les 24 autres patients qui n'ont pas permis la réalisation d'entretiens, 4 ont pris rendez vous mais ne sont pas venus, 8 ont refusé directement, 12 n'ont pas rappelé malgré un message vocal et une ou deux relances téléphoniques.

Les entretiens ont été réalisés au cabinet médical ou au domicile des patients en fonction des préférences de ceux-ci. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone (PHILIPS Voice Tracer®) après information orale et accord oral des patients. Ils ont ensuite été retranscrits mot à mot sur Microsoft® Word 2008 et les pistes audio ont été supprimées dès la retranscription effectuée. Les noms propres qui auraient pu permettre l'identification de patients et / ou de médecins ont été remplacés par des données générales (ex : médecin traitant, IDE).

Le codage des verbatim a été effectué sur le logiciel Microsoft® Excel 2008.

Un double codage a été effectué sur trois entretiens avec triangulation des données. Devant une concordance importante sur ces trois entretiens tirés au hasard, il a été décidé de façon arbitraire de ne pas le réaliser pour les huit autres.

### **Cadre légal**

Il n'y a pas de conflit d'intérêt à déclarer pour ce travail de thèse.

Une déclaration auprès de la CNIL a été effectuée. Ce travail de recherche est inscrit au registre des activités de traitement de l'Université de Rouen en date du 1<sup>er</sup> mars 2019 sous la référence "2019.006 - THESE - Sevrage tabagique"

# Résultats

## Caractéristiques des participants aux entretiens

	sexe	âge	tabac	PA	CSP
<b>E 1</b>	F	30	0	10	ouvrier non qualifié
<b>E 2</b>	F	47	1	15	chômage
<b>E 3</b>	F	61	0	30	ouvrier non qualifié
<b>E 4</b>	H	57	1	34	cadre
<b>E 5</b>	F	43	1	35	non déterminé
<b>E 6</b>	H	64	0	110	retraité
<b>E 7</b>	H	50	1	29	cadre
<b>E 8</b>	F	54	1	34	employé
<b>E 9</b>	F	43	1	20	profession intermédiaire
<b>E 10</b>	F	56	0	45	invalidité
<b>E 11</b>	F	42	0	15	profession intermédiaire
Moyenne		49,72		34,3	
Médiane		50		30	

Sur les 11 entretiens réalisés entre le 11 décembre 2018 et le 22 février 2019, 8 sont des femmes et 3 des hommes. Les participants sont âgés de 30 à 64 ans. Sur les 11, 6 fument encore lors de l'entretien. Les entretiens ont une durée variant entre 10 et 30 minutes (moyenne à 18 minutes).

## Avant le premier rendez-vous

### Orientation vers IDE ASALEE

Tous les patients sont adressés à l'IDE ASALEE par la voie classique, c'est-à-dire via leur médecin traitant. Si les patients ne prennent pas contact avec l'IDE celle-ci les appelle une fois et leur propose un rendez vous s'ils le souhaitent. Certains pensent que c'est leur médecin qui va effectuer le suivi du sevrage (E11). Ils ne pensent pas être suivis par un autre professionnel de santé.

Les patients sont adressés à l'IDE dans différents contextes : sur proposition du médecin généraliste "à chaque fois il me parlait d'arrêter de fumer" (E9), sur

demande d'aide au sevrage "parce que je voulais arrêter" (E6). Souvent les patients ont fait des tentatives auparavant pas forcément avec l'accompagnement d'un professionnel de santé et devant l'échec de cette tentative, ils en parlent à leur médecin qui les adresse à l'IDE ASALEE.

Les motivations sont diverses mais les raisons de santé reviennent souvent "je toussais" (E3), "j'avais mal à la gorge" (E4), "pour ma grossesse" (E1), "j'enchainais les bronchites" (E8). La peur est un argument qui revient souvent après un problème de santé personnel ou familial (AVC, coronaropathie...) . Les autres motivations étaient "montrer l'exemple" (E3), "pour mes petits enfants" (E3) ou simplement une consultation pour information, pour une éventuelle tentative de sevrage tabagique (E4).

Certains n'ont pas envie d'aller en consultation avec l'IDE mais l'ont accepté quand même "mais comme mon médecin m'en a parlé j'y suis allée" (E2).

### **A quoi s'attendre?**

La plupart des patients ne connaissent pas le dispositif et ne savent donc pas à quoi s'attendre. Ils se lancent sur les conseils de leur médecin traitant et "parce que ça ne pouvait pas être néfaste" (E4). Ils s'attendent le plus souvent à "des conseils" (E3), "quelque chose pour arrêter de fumer" (E2).

Certains connaissent le dispositif mais ne savent pas qu'il y en a dans le cabinet de leur médecin traitant (E5) ou connaissent mais "pour le suivi du diabète et des maladies cardiovasculaires et pas pour une aide au sevrage tabagique" (E11).

Le médecin traitant leur explique parfois ce qui les attend : "il m'a dit c'est une personne pour vous aider" (E5 et E8).

## **Première consultation**

### **Déroulement**

La première consultation est souvent la plus longue, elle permet que l'IDE et le patient fassent connaissance. Elle permet à l'IDE de proposer différentes options de sevrage : substituts nicotiques (patch, gommes...) ou non, hypnose, huiles

essentielles.... "L'IDE m'a dit "j'ai d'autres cordes à mon arc si ça ne marche pas""(E11). Elle donne plein de "conseils sur les habitudes" (E3).

L'IDE réalise aussi une évaluation de la consommation "des questions sur ce que je fumais et à quelle fréquence" (E2)

Au cours de la consultation, "elle m'a expliqué tout ce qui était possible" (E5) "elle m'a tout expliqué" (E6). L'IDE vante aussi "les bienfaits de l'arrêt du tabac" (E7) le tout de façon mesurée "je ne suis pas sortie frustrée et elle ne m'a pas non plus fait peur" (E5). L'IDE donne des informations et propose un suivi au patient. "Le fait qu'on vous dise les choses même que vous savez déjà c'est important" (E4).

Pour quelques patients, la première consultation a été vécue de façon négative "la première fois j'y suis allée parce que mon médecin m'a demandé mais ça m'a embêté" (E10), voire même "une perte de temps, elle parle c'est tout "(E2).

Une patiente est venue à la consultation avec son fils "c'était de l'éducation en même temps" (E9).

### **Spirométrie et taux de monoxyde de carbone**

Ces évaluations sont réalisées par l'IDE quand elle le juge nécessaire et/ou sur demande du médecin qui l'adresse à sa consultation, soit à la première consultation soit un peu plus tard dans la prise en charge. Les patients reçoivent soit un âge pulmonaire (à partir du résultats de la spirométrie, le logiciel attribue au patient un "âge pulmonaire" par comparaison avec un profil spirométrique de référence,) en fonction de leur capacité respiratoire soit les courbes avec les normes et les explications de l'IDE. On retrouve plusieurs types de réaction face aux résultats de ces tests.

Pour certains ces résultats ont été une motivation supplémentaire à l'arrêt du tabac : "j'étais dans le rouge ça fait prendre conscience" (E1), "ça m'a encore plus motivé" (E6); "j'avais des poumons de 30 ans de plus que mon âge" (E5).

Pour d'autres patients, cette évaluation respiratoire est un constat auquel ils s'attendaient "je ne m'attendais pas à avoir des poumons de jeune" (E5).

D'autres sont restés indifférents "je ne me souviens pas des résultats" (E2).

Suite à ces examens, un patient a été adressé par son médecin traitant à un pneumologue devant des anomalies majeures de la spirométrie.

## **Suivi**

### **Relation avec l'IDE**

Globalement les patients ont un point de vue positif sur le plan relationnel. Les points qui reviennent au fil des entretiens sont : la confiance, l'écoute, l'absence de jugement.

Les patients se sont sentis à l'aise avec l'IDE et souvent une relation de confiance s'installait. "Elle mettait à l'aise" (E1), "accueillante" (E9). Le fait qu'elle n'émette pas de jugement est fréquemment noté par les patients "pas de jugement par rapport au tabac" (E1). Elle ne brusque pas les patients "elle ne m'a pas forcé c'est appréciable" (E10). Elle fait aussi "un peu de psychologie" (E11) et dans le sevrage tabagique c'est important.

La moitié des patients en sevrage estime que le travail de l'IDE est un travail d'aide et d'accompagnement "je l'appelais ma coach" (E8), "le fait de savoir qu'on a quelqu'un" (E6).

Les patients découvrent le dispositif au fur et à mesure de la prise en charge "je ne savais pas qu'il y aurait un suivi " (E1). Le fait d'avoir un suivi est vécu de façon positive "ça permet de résoudre les problèmes au fur et à mesure" (E4). C'est cela qui "pousse à ne pas reprendre" (E1), "on se fait un challenge" (E4). Les patients se sentent entourés et encadrés par l'IDE mais aussi par le médecin et "soutenu par les deux" (E11).

### **Le tabac mais pas que...**

Les patients apprécient de parler du tabac "en parler c'est important" (E4) "et pas que du tabac" (E3). Par exemple lors de prise de poids liée au sevrage, l'IDE est apte à donner des conseils nutritionnels. Cinq patients en ont parlé spontanément "elle a commencé à me suivre pour le poids "(E11) et en sont ravis.

## **Différence avec le médecin**

Certains trouvent cette relation du même type que celle qu'ils ont avec leur médecin traitant : "aucune différence" (E3).

Pour la plupart des patients, cette relation diffère. L'IDE est plus disponible "je ne dis pas forcément tout au médecin par manque de temps" (E4). La consultation est dédiée au problème du tabac : "là c'est le tabac"(E4)" "le médecin est plus centré sur la maladie, la guérison et les médicaments" (E6). Les patients apprécient que l'IDE ait une formation spéciale et sont plus enclins à lui poser des questions plus précises : "c'est plus technique avec l'IDE" (E7).

Le médecin semble être plus craint que l'IDE : "J'avais peur que mon médecin me dispute, avec l'IDE je savais que ça allait mieux se passer" (E10), "peur de se faire souffler dans les bronches par le médecin" (E6).

Les patients sont conscients que ce dispositif libère du temps à leur médecin traitant "ça soulage mon médecin" (E11).

## **Relation médecin / IDE**

Les patients trouvent positif le fait que le médecin et l'IDE discutent de leurs dossiers ensemble : "elle lui rend des comptes" (E11), "elle bascule les résultats à mon médecin" (E2), "mon médecin m'a félicité quand je l'ai revu" (E10).

## **Fin de prise en charge**

Tous les patients s'accordent sur une chose : la motivation à l'arrêt du tabac est indispensable lorsqu'on consulte l'IDE sinon la prise en charge est vouée à l'échec "il faut vraiment avoir l'intention d'arrêter" (E3) "si ça ne vient pas de nous ça ne marche pas" (E3).

Presque la moitié des patients estiment que leur prise en charge a été optimale et que s'ils devaient recommencer un sevrage, ils referaient la même chose. Parmi eux, deux patients regrettent même de ne pas avoir fait cette démarche plus tôt "Je regrette même de ne pas l'avoir fait avant " (E1). Les patients le conseillent même à des proches.

La prise en charge s'arrête lorsque les patients estiment être prêts "la dernière fois je lui ai dit c'est bon" (E3), certains la voient encore, presque un an après leur début de prise en charge.

Pour certains, qui ne sont pas en sevrage tabagique, ils ont gardé les coordonnées et se rapprocheront de l'IDE quand la motivation sera présente : "je la recontacterais quand je serais prête" (E5). Ce que certains font puisque la participante 10 n'a pas arrêté lors de la première consultation et a recontacté l'IDE lorsqu'elle était motivée, elle était en sevrage lors de l'entretien.

## **Points positifs et négatifs**

### **Ce qui leur a manqué**

Certains patients auraient aimé que l'IDE prescrive d'emblée des substituts nicotiques, ce qu'elle propose théoriquement puisqu'elle dispose d'une délégation de prescription.

Une patiente aurait aimé que l'IDE rappelle les effets indésirables du tabagisme sur le corps humain "c'est sur les paquets de cigarettes mais autrement" (E1).

La spirométrie a été un électrochoc pour quelques-uns mais n'a pas suffi à les motiver pour un sevrage tabagique.

Les patients attribuent souvent leur échec à un manque de motivation et sont globalement satisfaits de la prise en charge par l'IDE. Certains ne la trouvent pas adéquat mais n'ont pas de proposition pour l'améliorer.

### **Comparaison avec d'autres tentatives de sevrage**

Une patiente avait déjà vu un tabacologue "c'était plus des sermons qu'autres choses" (E11) elle se souvient de cette phrase "il faut arrêter je vous mets un 28 mg". Lors de la prise en charge par l'IDE ASALEE, elle a notamment apprécié de ne pas être brusquée.

D'autres patients avaient essayé les substituts nicotiques et n'avaient pas réussi à arrêter de fumer "j'avais besoin de quelqu'un, d'une écoute" ou avaient repris.

Quelques patients ont évoqué le fait que l'IDE leur a parlé du "mois sans tabac" et le fait que cette initiative soit généralisée les a aidé à poursuivre leur sevrage : "c'est collectif par exemple au travail" (E9) mais l'après est parfois difficile "il faudrait le "mois sans tabac" tous les mois" (E9).

Une patiente est contente d'avoir découvert qu' "aujourd'hui il y a plus d'aides qu'avant" (E5) pour arrêter de fumer, notamment [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr) et le 3989, services numériques et téléphoniques anonymes et disponibles 24h/24.

### **Satisfaction des patients**

Les patients sont globalement satisfaits du suivi qu'ils ont eu avec l'IDE ASALEE, qu'ils soient en sevrage "je suis fière c'est grâce à l'IDE" (E3) ou non puisqu'ils ont le plus souvent l'intention de la recontacter lorsqu'ils songeront à l'arrêt du tabac. La patiente 8 doit la recontacter suite à la reprise du tabac malgré un premier sevrage réussi grâce à l'aide de l'IDE.

### **Coût de la prise en charge**

Les patients sont surpris du fait que la prise en charge soit "gratuite". L'IDE étant rémunérée par l'ARS, ils n'avancent aucun frais. Certains patients sont inquiets, lors de la première rencontre avec l'IDE, de l'aspect financier de cette prise en charge, ils souhaitent arrêter de fumer mais ne peuvent pas se permettre de payer l'IDE "c'est un frein pour des gens" (E11).

Le fait que l'IDE puisse prescrire les substituts est un réel avantage, c'est elle qui suit les patients et qui adapte les posologies en fonction de l'évolution. Les substituts nicotiques sont, depuis peu, intégralement remboursés et non plus dans le cadre du forfait de 150 euros par an par personne, ce qui est très positif pour les patients.

## **Discussion**

L'objectif de cette étude est d'évaluer le point de vue des patients en demande de sevrage tabagique suivis, dans le cadre du dispositif ASALEE, par une IDE formée en éducation thérapeutique.

Dans la littérature française, peu d'études s'intéressent à ce sujet : une étude qualitative en Midi-Pyrénées en 2017 (15) recherche le point de vue des patients sur le dispositif ASALEE dans son ensemble. Deux études, une qualitative (16) et une quantitative (12), se concentrent sur les patients diabétiques. On ne retrouve pas d'étude, ni qualitative ni quantitative, centrée sur les patients en demande de sevrage tabagique.

A l'étranger, surtout au Canada, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, on retrouve des "nurse practitioners". Ce sont des IDE de santé publique qui jouent un rôle d'éducation thérapeutique des patients pour le sevrage tabagique mais aussi pour bien d'autres missions. Dans les études dédiées au sevrage tabagique, on retrouve (10;16) une augmentation des taux de sevrage lors des intervention de ces IDE spécialisées.

### **Principaux résultats**

Les patients ne connaissaient pas ce dispositif existant pourtant depuis une quinzaine d'années.

Les patients sont globalement satisfaits de la prise en charge par l'IDE. Une seule patiente a eu un avis négatif sur cette prise en charge. Les patients se sentent écoutés et encadrés avec quelqu'un de disponible quand ils en ont besoin. Ils ne se sentent ni jugés ni brusqués dans cette prise en charge totalement gratuite pour eux.

## **Forces et faiblesses de l'étude**

### **Forces**

Les population des patients participant aux entretiens est diversifiée en terme de sexe, d'âge de catégorie socioprofessionnelle, de consommation tabagique. Les patients de deux IDE ont été sollicités pour participer à ces entretiens.

Le fait que les entretiens sont semi-dirigés a permis aux participants de s'exprimer librement. Les questions de relance permettent de réorienter le discours lorsque cela était nécessaire.

Les entretiens ont été retranscrits en intégralité y compris, quand c'était possible, les "blancs", les hésitations...

La saturation des données a été constatée lors de l'analyse des deux derniers entretiens où aucune nouvelle information ne ressortait.

Le double codage des données sur trois entretiens est superposable.

### **Limites**

Il existe un biais de sélection car les participants sont recrutés sur la base du volontariat. De plus certains participants avaient rencontré l'IDE il y a plusieurs années, il peut donc y avoir un biais de déclaration.

Ces 2 IDE travaillent plutôt en milieu semi-urbain et il n'y a donc pas d'avis de patients urbains ou ruraux. De plus, les patients de ces IDE sont suivis dans des cabinets où les médecins travaillent en groupe et pas par des médecins travaillant seuls.

Il existe également un biais lié au fait que cette étude est la première étude qualitative à laquelle je participe et l'appropriation progressive de la méthode a pu pénaliser le recueil des données. De plus lors de la réalisation des entretiens, il est possible que les patients aient été influencés et les réponses orientées car l'analyse et les entretiens ont été effectués par la même personne.

## **ASALEE**

ASALEE n'est pas un dispositif récent mais semble peu connu des patients. Il semble que les patients sont satisfaits de la prise en charge. Il serait bénéfique pour tous que ce dispositif soit plus connu des patients.

Cependant les contacts avec l'association ASALEE sont complexes voire impossible et l'accès à des statistiques est compliqué. Les IDE n'ont pas de statistiques sur leurs prises en charge ni de repères par rapport à leurs collègues.

Malgré plusieurs courriers électroniques et appels je n'ai pas eu de réponse concernant d'éventuels travaux passés ou en cours sur le thème du tabac.

## **Conclusion**

Le dispositif ASALEE dans le cadre du sevrage tabagique est accueilli de manière positive par les patients qui ont vécu cette expérience et gagne donc à être connu. Ce dispositif semble être efficace et libère du temps médical dans un contexte de désertification médicale croissante, en particulier en milieu rural et semi-rural.

Il pourrait être intéressant de réaliser une étude quantitative comparant les taux de sevrage des patients suivis dans le dispositif ASALEE versus ceux bénéficiant d'autres suivis (médecine générale, addictologie, tabacologie...)

# **Bibliographie**

1. [www.tabac-info-service.fr/](http://www.tabac-info-service.fr/)
2. Site de l'institut national du cancer : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-poumon>
3. Addiction au tabac, Collège des enseignants de pneumologie  
<http://cep.splf.fr/enseignement-du-deuxieme-cycle-dcem/referentiel-national-de-pneumologie/>
4. Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V ; le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(14-15):265-73.  
[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018\\_14-15\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html)
5. Vannobel R., Depinoy D., Masure M. L'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale : étude de pratique qualitative et prospective sur 24 patients. Exercer n°77, 2006.
6. Cliquennois S, Difficultés du médecin généraliste à la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique. Thèse de doctorat de médecine. UFR sciences de santé. Université de Dijon, 2017.
7. Kotz D. , Wagen E. J., Wesseling G., Smoking cessation practices of Dutch general practitioners, cardiologists, and lung physicians. Respiratory Medicine (2007) 101, 568–573.
8. Van Rossem C, Spigt M, Viechtbauer W, Lucas AEM, van Schayck OCP, Kotz D. Effectiveness of intensive practice nurse counselling versus brief general practitioner advice, both combined with varenicline, for smoking cessation: a randomized pragmatic trial in primary care. Addiction. 2017 Dec; 112(12):2237-2247. Epub 2017 Aug 4.
9. Rice VH, Heath L, Livingstone, Banks J, Hartmann, Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017.
10. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M, Action de santé libérale en équipe (ASALEE) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires, question d'économie de la santé, avril 2018.  
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>

11. Tardits E. Évaluation de l'efficacité du protocole de coopération ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes. Médecine humaine et pathologie. 2016.
12. Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J., Yilmaz E. , La coopération médecins généralistes / infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 : Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. publication IRDES <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>
13. Underner M., Peiffer G. Interprétation des valeurs du CO expiré en tabacologie. Revue des Maladies Respiratoires, Volume 27, numéro 4 pages 293-300 (avril 2010)
14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;(84):142-5.
15. Dadena E., Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes en Midi-Pyrénées : le point de vue des patients. Thèse de doctorat de médecine. Université de Toulouse III, 2017.
16. Puthod E., Rougeron G. Vécu de la maladie et ressenti des patients diabétiques de type 2 suivis par le dispositif ASALEE : une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2019.
17. Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, Stevens VJ, Biglan A. Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, Stevens VJ, Biglan A. Nurse-Assisted Counseling for Smokers in Primary Care. Ann Intern Med.; 118:521–525.

# Annexes

## Annexe 1 : Test de Fagerström



### ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
<b>Total</b>		

SCORE DE 0 à 2 : Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques.

SCORE DE 3 à 4 : Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à un substitut nicotinique. En cas de manque ou de difficultés passagères (irritabilité, manque, envie très forte...) conseil de prendre un substitut nicotinique par voie orale.

SCORE DE 5 à 6 : Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite.

SCORE DE 7 à 10 : Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée. Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

## Annexe 2 : Test de Horn



**tabac-info-service.fr**

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

### ÉVALUATION DES SITUATIONS LIÉES AU TABAGISME : TEST DE HORN

Entourez le chiffre correspondant :

5 = toujours

4 = Souvent

3 = Moyennement

2 = Parfois

1 = Jamais

a - Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace	5	4	3	2	1
b - C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts	5	4	3	2	1
c - Fumer est pour moi une détente	5	4	3	2	1
d - J'allume une cigarette quand je suis soucieux(se), contrarié(e)	5	4	3	2	1
e - Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter	5	4	3	2	1
f - Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique	5	4	3	2	1
g - Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme	5	4	3	2	1
h - Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir	5	4	3	2	1
i - Il y a une quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5	4	3	2	1
j - Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé(e)	5	4	3	2	1
k - Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5	4	3	2	1
l - J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5	4	3	2	1
m - Je fume pour retrouver mon entrain	5	4	3	2	1
n - J'ai du plaisir à regarder les volutes de la fumée	5	4	3	2	1
o - Je fume quand je me sens bien détendu(e)	5	4	3	2	1
p - Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5	4	3	2	1
q - Quand je n'ai pas pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible	5	4	3	2	1
r - Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche	5	4	3	2	1

**STIMULATION :** a + g + m =

**PLAISIR DU GESTE :** b + h + n =

**RELAXATION :** c + i + o =

**ANXIÉTÉ - SOUTIEN :** d + j + p =

**BESOIN ABSOLU :** e + k + q =

**HABITUDE ACQUISE :** f + l + r =

## **Annexe 3 : Guide d'entretien**

### **I présentation**

Présentation thèse, le consentement du patient et respect l'anonymat.

### **II données descriptives**

âge

sexe

Conso tabac : age début, nb PA

qui vous a orienté vers IDE Asalée ?

### **III Qu'en attendiez vous?**

Comment avez vous réagi quand on vous a parlé d'asalee?

Dans quel état d'esprit étiez vous avant de rencontrer l'infirmière?

Qu'est ce que vous connaissiez d'elle?

Comment imaginiez vous le suivi? Son rôle?

### **IV Déroulement du suivi**

1<sup>re</sup> consultation

Avis sur ses outils : photolangage, spirométrie, fagerstrom

Comment avez vous réagi quand elle vous a annoncé votre âge pulmonaire?

Quels étaient vos rapports? Atmosphère de la consultation?

Evoqué des choses jamais dites par le médecin ou autre?

### **V A posteriori**

Qu'est ce que ce suivi a changé? Qu'est ce qu'il avait de différents?

Quels messages avez vous retenu?

Si c'était à refaire? Le conseillerez vous?

Avantages de ce suivi? Points négatifs?

Qu'est ce que vous auriez aimé en plus?

# **Résumé**

Introduction : Le tabac est un problème de santé publique. Un tiers de la population française fume. Plus de la moitié des fumeurs déclarent avoir envie d'arrêter. Les médecins généralistes ne sont pas toujours disponibles pour les accompagner. ASALEE est un dispositif de collaboration de médecins généralistes avec des IDE de santé publique. Ces IDE de santé publique sont notamment formés pour faire du suivi de patients en demande de sevrage.

Méthode : C'est une étude qualitative par entretiens individuels de patients suivis ou ayant été suivis par des IDE ASALEE dans le cadre du sevrage tabagique. 11 entretiens ont été réalisés.

Résultats : Les patients sont adressés par leur médecin traitant et ne connaissent pas le dispositif ASALEE mais sont le plus souvent satisfaits de leur prise en charge. L'IDE propose un panel d'option de sevrage et est à l'écoute des patients. Ils apprécient l'absence de jugement, la disponibilité de l'IDE, la gratuité de la prise en charge.

Conclusion : Le dispositif ASALEE est un dispositif intéressant. Les IDE jouent un rôle important dans le suivi des patients en demande de sevrage et en éducation thérapeutique en général. Cela permet de libérer du temps médical et d'avoir une prise en charge plus globale du patient. Les patients ont l'air d'en être satisfaits.

## **Mots clés**

IDE, ASALEE, sevrage tabac , médecine générale