



HAL
open science

Accompagnement à l'arrêt du tabac : changements perçus par les professionnels de santé “ nouveaux prescripteurs ” à la suite des soirées d'information organisées par l'Assurance Maladie, en Nouvelle-Aquitaine

Colette Artola, Coralie Maurin

► **To cite this version:**

Colette Artola, Coralie Maurin. Accompagnement à l'arrêt du tabac : changements perçus par les professionnels de santé “ nouveaux prescripteurs ” à la suite des soirées d'information organisées par l'Assurance Maladie, en Nouvelle-Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03279627

HAL Id: dumas-03279627

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03279627>

Submitted on 6 Jul 2021

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.

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021

Thèse n°53A et 53B

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par ARTOLA Colette et MAURIN Coralie

Née le 19/04/1988 à Brest (29) et née le 22/07/1990 à Paris (75)

Le 31 mai 2021

Accompagnement à l'arrêt du tabac : changements perçus par les professionnels de santé « nouveaux prescripteurs » à la suite des soirées d'information organisées par l'Assurance Maladie, en Nouvelle-Aquitaine.

Sous la direction de Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Membres du jury :

Monsieur le Professeur François Alla

Président

Monsieur le Docteur Emmanuel Prothon

Rapporteur et examinateur

Monsieur le Professeur Christophe Adam

Examinateur

Monsieur le Docteur Quentin Jacquot

Examinateur

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François Alla,

Nous vous sommes reconnaissantes de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous prions de recevoir le témoignage de notre respectueuse considération.

A Monsieur le docteur Emmanuel Prothon,

Nous vous remercions pour votre implication en tant que rapporteur et de faire partie de notre jury de thèse. Nous tenons à vous exprimer notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Christophe Adam,

Nous vous remercions de nous avoir apporté une formation de qualité lors de vos cours magistraux. Vous nous faites l'honneur de juger notre travail, veuillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements.

A Monsieur le docteur Quentin Jacquot,

De co-interne aux urgences à juré de thèse c'est une belle promotion ! Nous te remercions de faire partie de notre jury de thèse. Nous aurons passé cette étape ensemble.

A Monsieur le Professeur Philippe Castera, notre directeur de thèse,

Nous tenons à vous remercier pour tout le travail et le temps passé sur notre projet, pour votre gentillesse, votre soutien et votre bienveillance. Vous avez toujours été disponible, et répondu rapidement à nos sollicitations. Merci également pour votre implication dans la formation des étudiants, cela a toujours été un plaisir d'assister à vos cours. Vous avez largement participé à notre amour de la médecine générale. Merci d'avoir partagé cette étape avec nous. Nous vous sommes extrêmement reconnaissantes pour votre aide sans faille.

A Madame Audrey GONNEAU, chargée de mission de la COREADD NA,

Nous voulons te remercier pour ton immense implication dans notre travail, pour tes nombreuses relectures et tes conseils. Nous souhaitons t'exprimer notre gratitude et de notre profond respect.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES	5
ABREVIATIONS	6
PREAMBULE.....	7
1 INTRODUCTION.....	8
2 CONTEXTE.....	9
2.1. Plan National de Lutte contre le Tabac 2018-2022	9
2.2. Le projet de Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T Tabac).....	10
2.3. Les modifications récentes des prescriptions selon l'Assurance Maladie.....	11
2.4. Les soirées d'information « Nouveaux prescripteurs »	13
3 QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.....	15
4 MATERIELS ET METHODES	17
4.1. Type d'étude.....	17
4.1.1. Choix de la méthode : différences entre méthode qualitative et quantitative.....	17
4.1.2. Recueil et analyse des données.....	18
4.1.3. Le recueil des données.....	18
4.1.4. Choix de la population et de l'échantillon.....	19
4.1.5. Mode de recrutement	20
4.2. Recueil des données	22
4.2.1. La grille d'entretien	22
4.2.2. Aspects éthiques	23
4.2.3. Le déroulement des entretiens	23
4.3. Méthode d'analyse des résultats	23
4.3.1. La retranscription des entretiens.....	23
4.3.2. L'analyse des verbatims	24
5 RESULTATS	25
5.1. Population de l'étude et conditions de réalisation des entretiens	25
5.1.1. Caractéristiques des participants.	25
5.1.2. La consommation du tabac des participants	27
5.1.3. La représentation du tabac des participants	27
5.1.4. Les raisons de leur participation aux soirées	29
5.2. Les soirées d'informations délivrées par les treize CPAM de Nouvelle-Aquitaine.....	31
5.2.1. Généralités concernant la soirée.....	31
5.2.2. Le déroulement de la soirée :.....	33

5.3.	Les changements induits chez les professionnels de santé.....	38
5.3.1.	Représentation des patients fumeurs et de leurs comportements	38
5.3.2.	Stratégies d'accompagnement des patients fumeurs vers l'arrêt du tabac	38
5.3.3.	Pratiques d'accompagnement des patients fumeurs	42
5.4.	Analyse transversale selon les professionnels de santé.	51
5.4.1.	Les représentations du tabagisme	51
5.4.2.	Les stratégies pour aborder la question du tabac	52
5.4.3.	Les pratiques dans l'accompagnement des patients fumeurs.....	54
5.4.4.	Nuages de mots :	57
6	DISCUSSION	59
6.1.	Les limites de notre étude.....	59
6.1.1.	A propos des soirées.....	59
6.1.2.	A propos de la méthode :.....	60
6.2.	Les forces de l'étude.....	60
6.2.1.	Les soirées	60
6.2.2.	Le choix du recrutement.....	61
6.2.3.	Le choix d'une étude qualitative	61
6.2.4.	L'analyse des entretiens	61
6.3.	Analyse comparative avec la littérature et le travail quantitatif : freins et leviers à la prise en charge des patients fumeurs.	62
6.3.1.	Les freins à la prise en charge des patients fumeurs selon les professionnels de santé :.....	62
6.3.2.	Les leviers à la prise en charge des patients fumeurs par les professionnels de santé :	65
6.3.2.	Objectifs secondaires :.....	66
6.3.3.	Objectif tertiaire : comment améliorer les formations ?.....	68
7	CONCLUSION	69
8	BIBLIOGRAPHIE	71
9	ANNEXES	74
10	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	85
11	RESUME.....	86

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Évolution du nombre de prescriptions de TNS à l'échelle nationale par profession et par année	p14
Tableau 2 : Caractéristiques des participants et des entretiens	p28

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Diagramme de flux d'inclusion des participants à notre thèse	p23
Figure 2 : Choix des images représentatives du tabac par les participants	p30
Figure 3 : Synthèses des facteurs influants sur la pratique	p67

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Hétéro-questionnaire quantitatif	p76
Annexe 2 : Ordonnances d'aide à la prescription délivrées lors des soirées	p78
Annexe 3 : Grille de l'entretien qualitatif	p79
Annexe 4 : Images présentées aux participants	p81
Annexe 5 : Nuage de mots-clefs des sages-femmes	p83
Annexe 6 : Nuage de mots-clefs des chirurgiens-dentistes	p84
Annexe 7 : Nuage de mots-clefs des IDE	p85
Annexe 8 : Nuage de mots-clefs des masseurs-kinésithérapeutes	p86

ABREVIATIONS

5A: Ask – Advice – Assess – Assist - Arrange

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

CD : Chirurgien-Dentiste

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREADD : COrdination REgionale ADDictions

COREQ : Consolidated criteria of Reporting qualitative research

CPAM NA : Caisse Primaire de l'Assurance Maladie Nouvelle-Aquitaine

CPP : Comités de Protection des Personnes

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IDEL : Infirmière diplômée d'état libérale

LAST : Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

MK : Masseur-kinésithérapeute

NA : Nouvelle-Aquitaine

PAST : Pôles d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabac

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

PS : Professionnels de Santé

RESAPSAD : Réseau Sud-Aquitain des Professionnels de Santé en ADdictologie

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SSMIP : Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention

TNS : Traitement Nicotinique de Substitution

PREAMBULE

A l'origine de ce travail, il y avait notre intérêt pour la thématique de la prévention et plus spécifiquement du tabac. Nous nous sommes naturellement, chacune de notre côté, adressées à la COREADD, dont nous connaissions l'implication sur le #MoisSansTabac. Il nous a été proposé de participer à l'évaluation des soirées d'information financées sur le fonds « tabac » 2018-2020.

Pour une plus grande rigueur de la qualité de cette étude, nous avons choisi de la réaliser à deux. Ce préambule a pour but de préciser le déroulé et nos implications respectives.

Première partie : Entretiens et analyse

Nous avons participé à une soirée d'information « Nouveaux prescripteurs des traitements nicotiques de substitution » délivrée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) Nouvelle-Aquitaine et présentée par Monsieur le Professeur Philippe Castera. Nous avons créé ensemble, avec notre directeur et l'équipe de la COREADD, une grille d'entretien, en s'appuyant sur les données de la littérature.

Par la suite, nous avons contacté par courriel les différents participants aux soirées délivrées dans la Nouvelle-Aquitaine. Nous avons chacune rencontré dix participants et réalisé des entretiens semi-dirigés. Colette Artola les a rencontrés en "télé-entretiens" lors du 1er confinement. Coralie Maurin les a rencontrés sur leur lieu de travail ou dans un lieu public.

Nous avons ensuite retranscrit les entretiens via le logiciel Word.

Concernant l'analyse des données issues des entretiens, elle a été réalisée grâce au logiciel NVIVO. Nous avons toutes les deux codé les verbatims des entretiens un à un. A la fin de chaque entretien codé, nous mis en commun notre codage afin d'ajuster l'analyse. Nous avons ainsi réalisé un double codage.

Deuxième partie : Rédaction de la thèse

Concernant la rédaction de notre travail, nous nous sommes réparti les tâches. Coralie Maurin a rédigé l'introduction, le contexte et la partie « questions de recherche ». Colette Artola a rédigé la partie « matériels et méthodes ». Les parties résultats, discussion et conclusion ont été rédigées ensemble.

Nous avons chacune effectué une relecture de chaque partie rédigée par l'autre thésarde.

1 INTRODUCTION

En France, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable avec environ 75 000 décès en 2015 et 13% des décès en métropole. En moyenne, un fumeur sur deux meurt prématurément des causes de son tabagisme et la moitié de ces décès se situe entre 35 et 69 ans. Selon tabac-info-service, il y a actuellement sur le territoire français 13 millions de fumeurs (1). En 2019, La prévalence du tabagisme quotidien est de 24% de fumeurs quotidiens (25,4% en 2018), soit une baisse de 1,4% par rapport à l'année précédente. A noter que les données de santé publique de 2018 affichaient une baisse considérable de 1,6 millions de fumeurs depuis 2016 (soit 12% en 2 ans) (2,3).

Cette baisse encourageante est le fruit de plusieurs dispositifs récents. Les Plans Cancers, le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) en 2014, le Programme National de Lutte contre le Tabac en 2018 (PNLT) (4) construisent une stratégie de lutte contre le tabac. En 2016 a été lancé le dispositif #MoisSansTabac qui incite les fumeurs à faire une tentative d'arrêt pendant 1 mois.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé autorise les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les traitements nicotiques de substitution. Les sages-femmes ont bénéficié d'un élargissement de leurs droits de prescription à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée (4). En effet, l'HAS (Haute Autorité de Santé) recommande aux professionnels de santé (PS) de s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac (5). Il a été démontré qu'un conseil minimal d'arrêt réalisé par un professionnel de santé augmente de 50% la probabilité d'un sevrage et du maintien de l'abstinence sur le long terme (>6mois) (6).

Dans ce contexte, depuis Mai 2019, à la suite d'un financement de l'ARS NA issu du fonds tabac 2018-2020, les 13 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) de Nouvelle-Aquitaine (2 dans le 64) proposent des soirées d'information sur l'arrêt du tabac. La Coordination Régionale Addictions de Nouvelle-Aquitaine (COREADD-NA) a été sollicitée pour développer le contenu des soirées et leur évaluation. Le devis de recherche prévoit une étude quantitative par questionnaire sur les pratiques et opinions lors des soirées d'information, ainsi qu'une étude qualitative réalisée entre 3 et 6 mois après le déroulement de ces soirées. Cette seconde étude représente notre travail de thèse.

Elle a pour but d'identifier les changements induits par les formations selon les déclarations des participants, en termes de représentations, de stratégies et pratiques autour de l'accompagnement à l'arrêt du tabac, ainsi que les avis sur les soirées d'information.

2 CONTEXTE

2.1. Plan National de Lutte contre le Tabac 2018-2022

La lutte contre le tabagisme est un enjeu crucial de santé publique en France et de nombreuses mesures ont été mises en place au travers du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) depuis 2014. En 2018, le Plan National de Lutte contre le Tabac (PNLT) traduit la volonté de la ministre des Solidarités et de la Santé, Madame Agnès Buzyn, d'agir encore plus fortement sur le fléau du tabac. Ce plan combine des actions sur les volets sociaux, sanitaires et économiques. Il élargit la palette d'interventions du gouvernement.

Le PNLT a pour ambition de protéger prioritairement les jeunes et d'aider les enfants à devenir, dès 2032, la première « génération d'adultes sans tabac » (<5% de fumeurs). Il a également pour objectif de lutter contre les inégalités sociales en soutenant les personnes les plus vulnérables de notre société, tels les chômeurs et les plus modestes, très fortement touchés par le tabac, ainsi que d'accompagner les femmes, en particulier celles qui sont enceintes.

Nous retrouvons dans ce plan l'objectif : « **Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage** » qui nous concerne plus spécifiquement dans notre travail.

L'objectif principal de cet axe est d'observer une diminution du nombre de fumeurs en passant d'un forfait d'aide au sevrage de 150 € par an et par assuré à un remboursement dans le droit commun à 65%, par l'assurance maladie obligatoire. L'impact du remboursement sur l'utilisation des substituts nicotiques est fort puisque selon les données de l'OFDT de 2019 (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), la vente de traitement pour l'arrêt du tabac est en hausse de près de 35% sur le premier trimestre de 2019 comparé à la même période en 2018. Les patchs sont particulièrement utilisés avec une augmentation des ventes de plus de 73% relativement au 1^{er} trimestre de l'année 2018 (7).

Il est également indispensable de promouvoir la priorisation de l'accompagnement au sevrage tabagique dans le cadre de la formation continue et d'appuyer le développement de modules d'autoformation, en particulier pour les professions nouvellement autorisées à prescrire.

La volonté du gouvernement vise à intensifier le dispositif de marketing social contre le tabac notamment en amplifiant le #MoisSansTabac, en déclinant des outils et des supports de communication. En 2017, il y a eu 160 000 inscrits au #MoisSansTabac et 252 000 en 2018 (8). Selon les données du Baromètre santé 2017, 380 000 fumeurs quotidiens ont fait une tentative d'arrêt en lien avec la première édition du #MoisSansTabac. Parmi eux, environ 20 % étaient toujours abstinents six mois plus tard, soit près de 80 000 ex-fumeurs (9). Il est donc impératif de poursuivre et amplifier cette action.

D'autres actions sont proposées et viennent construire un contexte favorable à la motivation d'arrêt des fumeurs et à l'implication des professionnels de santé. On peut citer en première ligne l'augmentation du prix du tabac, ainsi que toutes les mesures menant à sa dénormalisation. Certains fumeurs perçoivent et disent utiliser la cigarette électronique comme outil de réduction des risques, et en font la première aide à l'arrêt du tabac (10).

2.2. Le projet de Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T Tabac).

Ce projet a été financé en décembre 2018 par l'Agence Régionale de la Santé de la Nouvelle-Aquitaine (ARS-NA) via le « fonds tabac ». Il est porté par la COREADD NA en partenariat avec le SSMIP (Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention) du CHU de Bordeaux.

La COREADD NA est une association créée en 2020 à la suite de la fusion des associations ADDICTLIM, AGIR 33 Aquitaine et RESAPSAD dont les missions sont d'accompagner la communauté des professionnels de santé des territoires dans le champ des addictions par le biais de plusieurs projets.

Ce projet vise à créer des L.A.S.T soit des Lieux d'accompagnement à la Santé sans Tabac. Tout professionnel de santé peut faire de son lieu de santé un L.A.S.T. Pour cela il suffit de se connecter au site <http://last-na.fr> et de s'inscrire en tant que L.A.S.T. Le professionnel de santé recevra un kit contenant des outils pour favoriser l'arrêt ainsi que des affiches annonçant aux patients que leur professionnel de santé peut les accompagner dans une démarche d'arrêt du tabac (11).

Il vise à informer le fumeur en intention d'arrêter, de la disponibilité des professionnels de santé en proximité territoriale et temporelle. Les actions de marketing social visent ainsi à augmenter la demande d'aide auprès des professionnels, car il s'agit du principal obstacle à leur implication (11). Si la majorité des fumeurs essaient d'arrêter seuls, on sait également que l'accompagnement par un PS augmente de façon très significative les chances d'un arrêt réussi et durable (12).

Les recommandations les plus récentes pour la prise en charge du tabagisme en pratique clinique font référence au modèle des « 5 A » (*Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*) qui peut se traduire dans la séquence suivante : s'enquérir du statut tabagique, conseiller de cesser de fumer, évaluer l'intention de cesser de fumer, soutenir en proposant un traitement, planifier le suivi (13).

Si le patient ne souhaite pas arrêter de fumer dans l'immédiat, la meilleure façon d'augmenter sa motivation à l'arrêt et d'accélérer son cheminement, est de lui proposer un traitement diminuant l'envie de fumer comme les substituts nicotiques (TNS). Il pourra ainsi en observer les effets et attendre une consultation dédiée pour évoquer son tabagisme. Les 5A se rassemblent ainsi en un ou plusieurs temps, selon une décision partagée entre le fumeur et son soignant.

2.3. Les modifications récentes des prescriptions selon l'Assurance Maladie

Nous avons recueilli auprès de l'Assurance Maladie des données statistiques concernant les produits nicotiques de substitution afin de mettre en avant des changements induits par les nouvelles mesures gouvernementales. Les données concernent les années 2017, 2018, 2019 et l'année 2020 jusqu'au mois de septembre.

Les TNS sont pris en charge par l'Assurance Maladie, sur le Fonds de Lutte contre le Tabac, par le biais d'un circuit spécifique, sous la forme d'un forfait annuel initialement de 50 € par année civile et par personne qui a été progressivement augmenté à 150 € par année civile.

Une nouvelle étape a été franchie dans le soutien au sevrage tabagique en passant du forfait d'aide au sevrage à une prise en charge de droit commun des TNS. Cette mesure a été annoncée le 28 mai 2018 dans le cadre de la Journée Mondiale Sans Tabac du 31 Mai. Le remboursement des TNS a donc débuté au 1^{er} janvier 2019 (à part pour la Varénicline qui était le seul TNS remboursé auparavant).

Cette mesure permet de développer l'accessibilité aux traitements d'aide au sevrage tabagique pour l'ensemble des fumeurs intentionnistes (8 millions de fumeurs) et, en particulier, les plus défavorisés.

Concernant la délivrance des TNS, elle évolue considérablement sur les 5 dernières années. Nous disposons des chiffres pour la Nouvelle-Aquitaine. Il convient de différencier le nombre de personnes ayant bénéficié de prescriptions (bénéficiaires), le nombre de prescriptions (souvent plusieurs par bénéficiaires) et le nombre de boîtes délivrées (parfois plusieurs par prescription). Les données disponibles correspondent aux produits prescrits, délivrés et remboursés par l'Assurance Maladie. Nous n'avons pas accès aux produits achetés et non soumis au remboursement, ni aux prescriptions réalisées mais pas délivrées.

Le nombre de bénéficiaires d'un TNS a doublé entre 2017 et 2018 passant de 29 426 à 58 478 et le nombre de boîtes délivrées a pratiquement triplé. En 2019, 176 656 prescriptions ont été comptabilisées soit 4 fois plus qu'en 2017 avec 41 540 prescriptions. Le nombre de bénéficiaire d'un TNS continue de progresser pour atteindre en septembre 2020, 72 187 soit 142 821 prescriptions en Nouvelle Aquitaine.

En région Nouvelle-Aquitaine, en 2017, 74% des boîtes ont été prescrites par un médecin généraliste, 20% par un établissement de santé et 4% par un médecin spécialiste. Cette structure a peu bougé en 2018. On note une progression importante des prescriptions de TNS par les infirmiers libéraux (0,5% en 2017 et 1,7% en 2018). **Les trois quarts des prescriptions sont donc effectuées en ville, en soins primaires.**

La structure est cependant différente selon les CPAM. Par exemple en 2018, à Guéret, 32% des prescriptions ont été établi par un établissement (contre 20% en région). A l'inverse, à Tulle les établissements ont prescrit seulement 14% des boîtes.

La médecine du travail (0,05%) et les chirurgiens-dentistes (0,25%) représentent seulement 0,36% des boîtes prescrites en région en 2018.

De manière globale, la structure en région n'a pas beaucoup évolué en 2019 et sur les 3 premiers trimestres de 2020. Les médecins généralistes et les établissements concentrent plus de 90% des prescriptions de boîtes en région et pour l'ensemble des CPAM. Cependant, la part des prescriptions par les IDE progresse : 0,5% en 2017 et 3,1% sur la période janvier-septembre 2020. Certaines CPAM se démarquent sur la période janvier-septembre 2020 avec une part plus importante de prescriptions par les IDE avec 9% à Niort, 8% à Angoulême et 6% pour Poitiers et Tulle (12).

Nous avons également recueilli le nombre de prescriptions par année et par profession pour les années 2017 à 2018 à l'échelle nationale. Nous constatons que les médecins sont de loin les principaux prescripteurs. Viennent ensuite, les infirmières, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et enfin les masseurs kinésithérapeutes. Nous observons une nette progression pour chacune des professions entre ces deux années et notamment chez les infirmières avec 2,7 fois plus de prescription en 2018 (12).

Tableau 1 : Évolution du nombre de prescriptions de TNS à l'échelle nationale par profession et par année (12).

	2017	2018
Médecin	740 929	1 506 710
Infirmière	6 348	17 236
Sage-femme	3 027	6 167
Chirurgien-dentiste	2 800	5 427
Masseur Kinésithérapeute	760	1 024

L'ensemble de ces données montrent une augmentation globale des prescriptions autant par leur nombre que par leurs différents prescripteurs. Toutefois, les résultats indiquent également que les sages-femmes, chirurgiens-dentistes et les masseurs kinésithérapeutes prescrivent les moins.

La marge de progression paraît donc majeure pour les nouveaux prescripteurs et il est important d'identifier les freins et les leviers à leur changement.

Ceci explique, en partie, l'intérêt de la CPAM, en association avec COREADD-NA, d'organiser des soirées d'informations pour les PS, afin de les motiver et outiller pour mieux accompagner leurs patients fumeurs mais aussi mieux comprendre les freins et les leviers à cet accompagnement.

2.4. Les soirées d'information « Nouveaux prescripteurs »

Les soirées d'information se sont focalisées sur les méthodologies d'accompagnement à l'arrêt du tabac. Un questionnaire intéressant la thèse quantitative a été remis aux participants (**Annexe 1**). Après la présentation du ou des intervenants, ce/ces derniers ont décrit les nouvelles réglementations concernant la loi de modernisation du système de santé de 2016.

La physiopathologie de l'addiction, qui tient son nom du mot « addictus » en latin « qui est affecté à son maître » ainsi que celle du craving et des rechutes a été développée en 1^{ère} partie. De même, certains points clefs ont été mis en avant afin de bien accompagner le patient en demande d'aide ou non. En effet, arrêter le tabac n'est pas une question de volonté, il s'agit d'un apprentissage de nouveaux comportements afin de gérer les temps de craving et de stress sans la reprise de l'usage.

Le système motivationnel est très instable, soumis à de multiples facteurs, et les professionnels de santé peuvent agir pour et avec leurs patients au sein de fenêtres de tir en fonction des modulations importantes et rapides de l'intention d'agir de ces derniers. Il est impératif d'engager le dialogue pour informer de sa disponibilité à aider.

Lors de la soirée, trois axes importants dans la démarche d'aide ont été développés afin que les professionnels de santé se lancent dans l'accompagnement de leurs patients fumeurs. Ils sont axés sur le modèle « 5 A » :

- 1) La création d'un contexte et l'adoption d'une posture motivationnelle pour mettre le patient en sécurité et favoriser le dialogue, sans jugement.
- 2) Les TNS et la cigarette électronique (si le patient a choisi cette solution)
- 3) Le suivi et/ou l'orientation des patients

En 1^{er} lieu, il est préférable d'adopter une posture motivationnelle, et laisser le patient parler de ses craintes et souligner son ambivalence. Cette démarche est impérative pour que le patient accepte de l'aide. Quelques propos et questions couramment énoncés par les usagers de tabac ont été présentés, permettant aux participants de proposer des réactions/réponses.

En seconde partie, la prescription a été détaillée avec les modalités d'action des substituts nicotiques, leurs différentes formes et les règles de prescription. Quatre ordonnances « types » pour quatre catégories de fumeurs ont été proposées dans le « Mémo prescription » afin d'aider le professionnel de santé au quotidien (**Annexe 2**).

Ensuite, l'accent a été mis sur le suivi après l'initiation d'un TNS. Ce dernier doit s'adapter à chaque personne. Il doit être réévalué dans la semaine suivant la primo-prescription afin d'en adapter la posologie.

Les patients « difficiles à prendre en charge » et/ou avec plusieurs comorbidités peuvent être orientés via le site www.addictolic.com qui recense les différents centres référents pouvant le prendre en charge. Les actions #MoisSansTabac et L.A.S.T. Tabac ont également été rapidement présentées. Entre chaque sujet, un temps « questions/ réponses » était proposé ainsi qu'en fin de présentation.

3 QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Au vu des données recueillies auprès de l'Assurance Maladie concernant la prescription des TNS par les différents professionnels de santé, il est important de connaître les motivations et les freins des nouveaux prescripteurs de TNS dans la prise en charge des patients fumeurs. Plusieurs travaux de thèse ont déjà été réalisés sous l'égide de la COREADD NA et ont mis en évidence certains freins :

- La thèse de Paula Alvarez a mis en évidence certains freins à l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patients fumeurs. Elle s'est intéressée à l'impact de la visite des jeunes médecins installés libéraux (VIJGIL) concernant les difficultés d'orientation en addictologie des patients. Elle a réalisé une étude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'ex-aquitaine installés depuis moins de 3 ans. Le manque de demande d'aide de la part du patient est le premier obstacle à la prise en charge avant le manque de temps et le manque de formation des médecins (13).
- Philippine Brousse et Alice Bonnay-Hamon ont étudié la perception des fumeurs sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac dans une étude qualitative auprès des fumeurs au stade d'intention et préparation. Ce travail a montré que les usagers ont plutôt l'intention d'arrêter sans aide. Toutefois, lorsqu'on leur demande de proposer leur stratégie d'arrêt du tabac idéale, ils citent en premier l'aide d'un professionnel de santé (14).
- Lucie Crevoisier a étudié les freins et les leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens à l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac en Nouvelle-Aquitaine. Elle confirme dans cette étude que les principaux freins sont l'absence de demande d'aide des patients et le manque de temps. Elle montre que des différences significatives apparaissent selon le profil des soignants (15).
- Afin d'analyser plus précisément les différences inhérentes à chaque profession dans le cadre de la prise en charge des patients fumeurs, Claire Loiseau et Quentin Jacquot réalisent leur travail de thèse sur l'ensemble des professionnels de santé prescripteurs de TNS complétant ainsi le travail de Lucie Crevoisier. En effet, les soirées d'information "Nouveaux prescripteurs" étaient l'opportunité de rencontrer les professionnels de santé impliqués et motivés à agir dans le sevrage du tabac de leurs patients. De plus, ces professionnels sont la première cible du projet L.A.S.T Tabac. L'étude de Claire Loiseau et Quentin Jacquot est une enquête d'opinion concernant les freins et les leviers des professionnels de santé de proximité dans leur implication

à l'accompagnement de leurs patients dans l'arrêt du tabac ainsi que la satisfaction des professionnels de santé en fin de soirée d'information.

Notre thèse est une étude qualitative et notre question de recherche est :

« Quel est le vécu des professionnels ayant participé aux soirées d'information de l'Assurance Maladie Nouvelle-Aquitaine et l'impact ressenti sur leurs représentations, pratiques et projets concernant l'accompagnement à l'arrêt du tabac ? »

L'objectif principal de cette étude est :

Identifier les changements induits par les soirées d'information auprès des participants, en termes de représentations, stratégies et pratiques autour de l'accompagnement à l'arrêt du tabac.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- 1) Identifier les informations appropriées et manquantes selon les participants.
- 2) Identifier les forces et les limites des soirées d'information selon les participants.

L'objectif tertiaire de cette étude est :

Apporter des éléments contributifs à l'amélioration des soirées d'informations ainsi qu'à la stratégie globale d'implication des professionnels de santé dans l'arrêt du tabac.

Notre étude a choisi de se limiter aux professionnels de santé à l'exception des médecins généralistes et des pharmaciens, ces derniers ayant fait l'objet d'une étude dans le projet L.A.S.T Tabac (15). De plus, les pharmaciens ne sont pas prescripteurs et les médecins généralistes le sont depuis longtemps. Certes, l'implication des médecins généralistes est importante dans ce domaine, mais l'Assurance-Maladie a souhaité également insister sur les nouveaux prescripteurs. Les sages-femmes sont considérées comme des « nouveaux prescripteurs » du fait de l'extension de la possibilité de prescription à l'entourage.

Notre travail sera comparé aux résultats du travail de Claire Loizeau et de Quentin Jacquot.

4 MATRIELS ET METHODES

4.1. Type d'étude

Notre recherche bibliographique a été réalisée à l'aide des bases de données Pubmed, Google Scholar, Cochrane, Cismef. Les mots clés utilisés dans notre recherche ont été : « Arrêt du tabac/smoking cessation », « Impact du tabac en France/Impact of smoking in France » et « fumeurs/smokers ».

4.1.1. Choix de la méthode : différences entre méthode qualitative et quantitative

La méthode qualitative est apparue en 1920 dans la recherche en sciences humaines et sociales. Cette dernière est adaptée à l'étude des phénomènes sociaux afin d'en comprendre l'existence et la signification. Cette recherche dite intuitive a pour but de générer des hypothèses pouvant être vérifiées par des méthodes quantitatives. La posture inductive accorde la priorité à l'enquête, à l'observation, à l'expérience et essaie d'en tirer des leçons plus générales. Elle permet d'étudier les sujets dans leurs environnements et par conséquent, de comprendre le contexte (1,16).

La méthode quantitative est, quant à elle, utilisée pour répondre à des questions biomédicales. Elle permet de tester une hypothèse à travers une série de mesures, la plupart du temps dans un contexte expérimental. Elle a pour but de conclure sur l'hypothèse initiale, en mesurant et en quantifiant les variables. Cette dernière cherche des liens causaux entre ces variables. On parle de raisonnement hypothético-déductif (17).

De façon plus générale, on peut évoquer également que la recherche quantitative a pour but de mesurer un phénomène, d'en faire la photographie, alors que la recherche qualitative va chercher plutôt à analyser, à comprendre certains constats issus de la recherche quantitative, par exemple. On imagine mieux ainsi la complémentarité des deux approches.

Les soirées « Nouveaux prescripteurs » de l'Assurance Maladie ont été ainsi évaluées par une double approche, quantitative et qualitative, afin d'appréhender plus globalement la problématique d'accompagnement des usagers de tabac par les différents professionnels de santé. Cette triangulation des méthodes permet d'enrichir les données et de mieux les comprendre. Elle apporte de la solidité aux résultats, les données déclaratives étant habituellement considérées comme fragiles.

La méthode qualitative proposée dans notre travail a pour but de répondre aux objectifs formulés et nécessitant, de préférence, ce type d'approche. Nous avons rédigé cette étude qualitative en essayant au

mieux de respecter les critères de qualité de la grille COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) (18).

La méthode qualitative ne cherche pas à être reproductible, elle possède des critères de validation qui lui sont propres, contrairement à la méthode quantitative. L'étude nécessite une acceptation interne, doit être valide et fidèle.

4.1.2. Recueil et analyse des données

Le type de méthode qualitative le plus adapté au sujet de notre recherche est la méthode de la théorisation ancrée (appelée « Grounded Theory » par les Anglo-saxons).

Dans les années 1960, cette méthode de recherche issue des sciences sociales visait à construire des théories à partir des données et de situations de terrain que le chercheur a collecté ou peut collecter, et non pas à partir d'hypothèses prédéterminées. Elle permet de pouvoir développer une théorie basée sur la réalité construite par les personnes étudiées, en réalisant de façon simultanée l'échantillonnage, la collecte des données et l'analyse. Elle consiste en une comparaison permanente des données établies, jusqu'à saturation de ces dernières, et donc jusqu'à ce que plus aucun phénomène nouveau ne soit mis en évidence dans les entretiens.

Le chercheur commence par la collecte des données, sans à priori, pour chercher ce qui a du sens.

A partir des données recueillies, des éléments clés sont identifiés grâce à une série de « codes » extraits d'un corpus textuel.

Les différents « codes » sont, par la suite, regroupés en « concepts similaires » pour être plus faciles à utiliser.

A partir de ces « concepts », des catégories ou « nœuds » sont formés, et seront à la base de la création d'une théorie ou intégreront une théorie existante plus apte à expliquer les phénomènes observés et catégorisés (19).

4.1.3. Le recueil des données

Notre recueil de données a été réalisé par des entretiens individuels semi-dirigés.

Il s'agissait, ici, de découvrir des opinions, des comportements individuels, des stratégies et des pratiques de chacun des professionnels de santé interrogés. Une exploration en groupe aurait pu influencer le discours de ces derniers (20).

Appelé aussi entretien semi-directif (Savoie-Zajc, 1997), il représente un système de collecte de données contribuant au développement de connaissances et qui favorise des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes. C'est le chercheur qui conduit

l'entretien selon un canevas d'entretien et l'enregistre. Cependant, l'ordre des thèmes abordés peut varier en fonction de l'interlocuteur (21).

Le but d'un entretien semi-dirigé est de découvrir l'état d'esprit de l'interlocuteur à travers les questions posées. Il est important de laisser une liberté d'expression au participant, même si celui-ci ne respecte pas l'ordre des thèmes du canevas d'entretien prédéfini par le chercheur. Le chercheur doit alors bien maîtriser la grille de questions avant de réaliser l'entretien pour pouvoir rebondir sur les propos du participant, afin d'explorer en profondeur ses idées, ses non-dits, ses ressentis, et même le contenu implicite de ses propos.

De son côté, le chercheur doit montrer une neutralité verbale et non verbale au cours de l'entretien pour ne pas influencer le participant et donc favoriser sa spontanéité.

Deux personnalités différentes se rencontrent. C'est la qualité de cette rencontre qui va caractériser les résultats de l'étude. Le chercheur et le participant ont chacun leur propre vécu et ne vont pas aborder le sujet de la recherche de la même manière. Il est important que le chercheur mette tout en œuvre pour mettre le participant à l'aise afin que ce dernier puisse s'exprimer librement. La qualité des résultats dépendra des qualités d'écoute et de parole du chercheur (21).

4.1.4. Choix de la population et de l'échantillon

La taille des échantillons des études qualitatives est réduite par rapport à une étude quantitative. La qualité des entretiens prime sur la quantité. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois dans les questionnaires.

La population cible de notre étude était constituée des participants aux soirées d'information de l'Assurance Maladie sur l'accompagnement à l'arrêt du tabac, et notamment des nouveaux prescripteurs de substituts nicotiques que sont les infirmiers, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes. La prescription des TNS par les sages-femmes a été élargi à l'entourage de la femme enceinte/accouchée. 13 Caisses de l'Assurance Maladie Nouvelle-Aquitaine se sont mobilisées afin de délivrer 35 soirées au sein des départements de Nouvelle Aquitaine, de Mai à Novembre 2019. Les soirées étaient composées de groupes allant de 4 personnes (à Isle près de Limoges) à 33 personnes à Bayonne, toutes professions confondues.

Pour respecter le critère de diversification des participants à l'étude, nous avons inclus des participants avec des caractéristiques variées qui étaient des professionnels de santé nouveaux prescripteurs depuis 2016 ou concernant les sages-femmes qui ont élargi leur champ de prescription aux conjoint(s) :

- De sexe féminin et masculin
- De tout âge
- D'exercice en milieu rural, urbain, semi-rural/semi-urbain
- De n'importe quel statut tabagique (non-fumeur, fumeur, ancien fumeur)

- Des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmier(ère)s, des dentistes/chirurgiens-dentistes, des sages-femmes.
- Acceptant de participer à l'entretien (à la suite de l'invitation par mail) et ayant signé le consentement éclairé.

Les critères de non-inclusion étaient :

- Les pharmaciens(ne)s, les médecins généralistes et médecins spécialistes (dont les médecins du travail)
- Le refus de participation

Il s'agit donc là d'un échantillonnage à variation maximale, qui permet de se rendre compte des différentes variations et d'identifier des « patterns » (thèmes communs importants).

4.1.5. Mode de recrutement

Nous avons réalisé un recrutement à partir des professionnels de santé présents aux formations (et particulièrement quatre professions : masseurs-kinésithérapeutes, infirmier(ère)s, dentistes, et sages-femmes). Ils avaient émargé et communiqué leurs coordonnées dans le but d'être recontactés pour participer à notre travail de thèse.

Plusieurs départements ont été choisis pour assurer la diversité : Gironde, Dordogne, Pyrénées-Atlantiques, Lot-et-Garonne, Vienne, Landes, et Deux-Sèvres.

Nous avons été également attentifs aux professions des participants afin qu'elles soient toutes représentées de façon équitable.

Au total, il y a eu **573 participants** aux soirées d'informations. Nous avons exclu 187 participants :

- 72 médecins généralistes
- 5 médecins avec une autre spécialité (1 hématologue, 1 psychiatre, 1 dermatologue, 2 médecins en santé du travail)
- 97 pharmaciens et préparatrices en pharmacie
- 13 autres participants n'étaient pas inclus du fait de leur profession (1 psychologue, 1 éducateur sportif, 1 sophrologue, 1 hypnothérapeute, Audrey Gonneau chargée de mission COREADD NA, et 8 diététiciennes)

Au sein des 386 participants respectant nos critères d'inclusion :

- En Charente Maritime, une feuille d'émargement d'une soirée de 24 participants a été égarée
- Dans le département de la Creuse, 20 IDE scolaires n'ont pas donné leurs coordonnées
- Les 48 participants aux soirées en Charente n'ont pas laissé leurs coordonnées

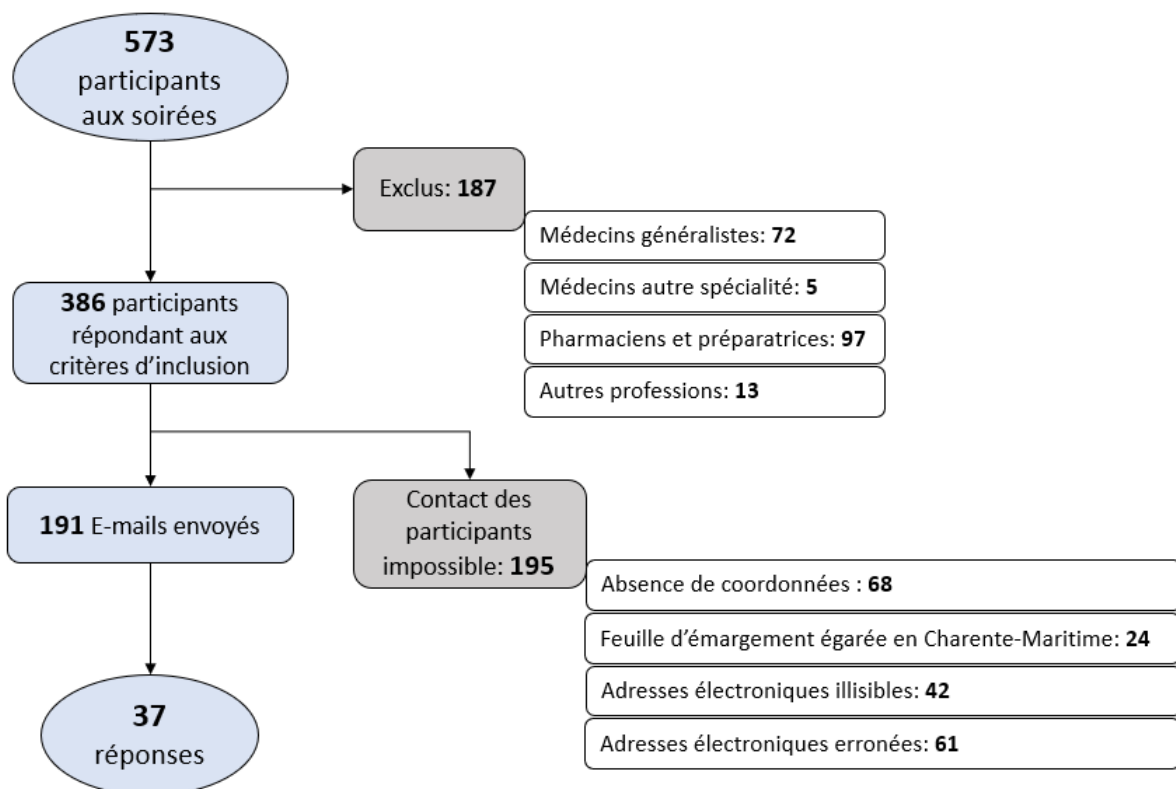
- 42 participants ont écrit leur adresse électronique de façon illisible

Nous avons donc contacté 252 participants aux soirées par mail. 61 adresses électroniques se sont révélées erronées. **Au total, 191 participants ont reçu notre mail afin de participer à notre étude.**

Ce courriel comprenait une succincte présentation de l'étude. Nous ne souhaitons pas rentrer dans le détail du sujet afin d'éviter des biais. Nous n'avons pas non plus évoqué la formation des professionnels de santé sur le sujet avant les entrevues. Ce courriel évoquait le fait qu'il s'agissait d'organiser un entretien à la suite des soirées d'information sur l'accompagnement à l'arrêt du tabac pour les professionnels de santé nouveaux prescripteurs de substituts nicotiniques. Nous avons envoyé 191 courriels, **37 y ont répondu** sans toutefois vouloir participer à l'étude. **Nous avons rencontré 20 participants.**

Figure 1 :

Diagramme de flux d'inclusion des participants à notre thèse



4.2. Recueil des données

4.2.1. La grille d'entretien

Cette grille a pour but ultime de structurer l'entretien et les interventions du chercheur sans diriger le discours. La grille d'entretien a été créée par les deux thésardes avec l'aide de notre directeur de thèse Philippe Castera et Audrey Gonneau, chargée de mission de la COREADD.

Cette grille est composée de plusieurs questions ouvertes, et permet d'aborder les grands thèmes en amenant l'interlocuteur à y réfléchir. L'ordre des thèmes abordés n'est pas à respecter de façon systématique. Il peut dépendre de la personne questionnée. L'interlocuteur peut, par exemple, aborder spontanément un thème avant que le chercheur ait commencé à l'interroger sur ce dernier.

Cette grille d'entretien était composée de cinq parties (**Annexe 3**) :

- La première partie interrogeait la représentation générale du tabac (hors contexte professionnel) des participants. Son objectif était d'aborder le sujet du tabac de manière progressive et personnelle et d'induire un climat de confiance avec la personne rencontrée. Nous présentions également un panel de photographies représentant des situations où le tabagisme était mis en scène. Les participants devaient choisir deux photos parmi les 12 proposées qui étaient à leurs sens les plus représentatives (**Annexe 4**).
- La deuxième partie permettait de faire le point sur la façon dont les professionnels de santé interrogés se comportaient avec les fumeurs de tabac, et notamment leur façon d'aborder le sujet de l'arrêt du tabac, leurs difficultés, leurs facilités, leurs stratégies et pratiques d'accompagnement avant les soirées d'information.
- La troisième partie interrogeait les forces et faiblesses des soirées d'information.
- La quatrième partie visait à mettre en avant les changements induits concernant les représentations, stratégies et pratiques d'accompagnement à l'arrêt du tabac des PS à la suite des soirées d'information.
- La cinquième partie avait pour objectif de recueillir le ressenti personnel et professionnel des participants vis-à-vis des soirées d'information. Une question d'ouverture leur a permis de s'exprimer librement sur le sujet, notamment sur des thèmes qui n'auraient pas été abordés.

Il est important de préciser que nous avons réalisé une formulation prudente des questions afin de ne pas influencer la réponse des interlocuteurs.

Les thésardes ont réalisé un entretien test avec une personne de leur entourage (du milieu médical et paramédical), afin d'en tester la durée, la faisabilité et la pertinence. Ces « entretiens tests » n'ont pas été inclus dans le codage des données et n'ont pas rendu nécessaire des modifications de la grille.

4.2.2. Aspects éthiques

En accord avec la loi Jardé (n° 2012-300), notre thèse est une étude sociale qui ne nécessite pas de recherche sur la personne humaine en vue du développement des connaissances biologiques et médicales. Aucune donnée de santé n'était recueillie. Nous avons strictement respecté l'anonymat des verbatim avec suppression des identités des participants après leur retranscription et leur vérification. Il n'était donc pas nécessaire d'obtenir l'avis de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés.

4.2.3. Le déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés de Janvier 2020 à Mai 2020. Le lieu et le moment des entretiens ont été choisis en fonction de la disponibilité des interlocuteurs, dans le but qu'ils soient réalisés dans les meilleures conditions possibles.

Les entretiens étaient réalisés en face-à-face ou par l'intermédiaire d'un écran, intégralement enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone pour iPhone et d'un deuxième enregistreur audio par sécurité. Ces deux dispositifs étaient installés entre la thésarde et la personne interrogée.

La période de confinement liée à l'épidémie de SARS COV 2 ayant débuté en mars 2020 et ce pour une durée de 2 mois, nous avons dû apporter quelques modifications à la réalisation des entretiens. Dix des entretiens ont été réalisés en visioconférence par Skype ou WhatsApp notamment, avec leur accord.

L'entretien débutait systématiquement par une succincte présentation de l'étude, puis par une demande d'autorisation d'enregistrer l'entretien. Il se terminait par des remerciements à la personne interrogée après sa contribution.

4.3. Méthode d'analyse des résultats

4.3.1. La retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits manuellement, à part égale entre chaque thésarde, dans leur intégralité, mot à mot, à l'aide des enregistrements audio, dans des fichiers individuels. Le fichier recueilli a permis de constituer un verbatim, qui a servi de base de données pour l'étude. Il est important de préciser que les entretiens ont été retranscrits à « l'état brut » (22).

Le logiciel de traitement de texte utilisé pour la retranscription était le logiciel Word (Version 16.44 pour Colette et version 2101 pour Coralie).

Elle s'est faite de manière anonyme. De ce fait, nous avons mis les lettres CA pour les entretiens réalisés par Colette Artola et les lettres CM pour Coralie Maurin, et nous avons attribué à chaque participant interrogé, un numéro de 1 à 10 pour chaque thésarde.

La retranscription des entretiens semi-dirigés a été réalisée au fur et à mesure.

4.3.2. L'analyse des verbatims

Elle a été effectuée selon les principes de la théorie ancrée (« grounded theory »). Un double codage des verbatim a été réalisé au fur et à mesure des entretiens à l'aide du logiciel NVIVO 1.3 (triangulation des chercheurs). Les résultats pourront être confrontés à l'étude quantitative réalisée auprès des participants aux soirées d'information par les deux autres thésards (triangulation des méthodes) (21,23). Également, une triangulation écologique a été réalisée. Les participants pouvaient modifier la retranscription de leur entretien s'ils le jugeaient utile.

Nous avons trois phases de codage :

- Le codage ouvert : réalisé en premier. Il s'agit de la lecture en profondeur des verbatims, afin de relever chaque élément pertinent. Chaque information est analysée par le chercheur pour en sortir un nœud. C'est ce codage-là qui a été réalisé en double aveugle via la triangulation. En effet, chaque thésarde codait chaque entretien de son côté, puis nous discutons ensemble des codages de chaque entretien, un à un. Au total, 145 nœuds ont pu être créés, ce qui a permis la création de catégories et de sous-catégories.
- Le codage axial : cette deuxième phase permet de comparer les nœuds créés entre eux et de les combiner en code général dit axial. Chaque nœud peut appartenir à plusieurs codes axiaux.
- Le codage sélectif : représente la troisième phase qui consiste à construire la théorie à partir des codes axiaux. En effet, il s'agit de placer alors tous les codes trouvés au sein d'un nouveau plan en réalisant des connexions. Cette phase est en fait une interprétation des différents thèmes réorganisés afin d'en ressortir les idées exprimées. Le codage sélectif permet une meilleure lisibilité de l'ensemble (23)

Les nœuds créés via le logiciel NVIVO à l'aide des verbatim ont été soulignés dans notre texte afin de les mettre en évidence.

5 RESULTATS

5.1. Population de l'étude et conditions de réalisation des entretiens

Nous avons réalisé au total **20 entretiens** du mois de janvier au mois de mai 2020. La moitié des entretiens ont dû être réalisés en visioconférence (par l'intermédiaire de WhatsApp et Skype) pendant le confinement (pandémie de la COVID 19). L'entretien le plus court a duré 30 minutes et l'entretien le plus long 74 minutes. **La durée moyenne des entretiens était de 47 minutes et 5 secondes.**

5.1.1. Caractéristiques des participants.

Les caractéristiques socio-démographiques des participants ainsi que certaines caractéristiques des entretiens sont rassemblées dans le tableau 2.

Les PS interrogés comportaient 15 femmes pour 5 hommes. La moyenne d'âge était de 43,35 ans. Les tranches d'âge les plus représentées étaient de 31 à 40 ans et de 51 à 60 ans. Les entretiens concernaient 5 sages-femmes, 5 infirmier(e)s, 5 masseurs-kinésithérapeutes, et 5 chirurgiens-dentistes. Les participants exerçaient, pour la plupart, en milieu rural (12 contre 6 milieu urbain et 2 en milieu semi-rural/semi-urbain).

11 participants étaient non-fumeurs, 1 participante était fumeuse, 2 autres fumeurs occasionnels et 4 étaient anciens fumeurs.

Nous avons réalisés les entretiens dans différents départements de la Nouvelle-Aquitaine comme les Pyrénées-Atlantiques (6 entretiens), la Gironde (5 entretiens), la Vienne (3 entretiens), contre 2 entretiens dans le département des Landes et du Lot-Et-Garonne, et 1 entretien dans le département de la Dordogne et des Deux-Sèvres.

Tableau 2 : Caractéristiques des participants rencontrés et des entretiens.

Participants	S	Age	Profession	Statut tabagique	Dépt	Situation géographique	Formation(s)	Image 1	Image 2	Durée entretien
CM1	H	38	SF	non fumeur	33	urbaine	addictologie	11	7	55 min
CM2	F	43	IDE santé au travail	non fumeuse	24	mi rurale mi urbaine	alcoolémie au volant	11	8	67min
CM3	F	35	IDE	fumeuse	64	rurale	aucune	11	12	42min
CM4	F	56	SF	ancienne fumeuse	33	urbaine	tabagisme	10	3	62min
CM5	F	55	IDE	non fumeuse	64	rurale	ETP, DU plaies	7	11	58min
CM6	F	43	IDE	ancienne fumeuse	47	rurale	DU plaies	2	4	43min
CM7	F	65	CD	fumeuse occasionnelle	47	rurale	seminaire tabagisme il y a 15ans	8	4	48min
CM8	F	39	MK	non fumeur	33	urbaine	rééducation maxillo faciale	3	8	56min
CM9	H	34	MK	non fumeur	33	urbaine	rééducation cardio respiratoire	2	1	74min
CM10	H	31	CD	fumeur occasionnel	33	rurale	parodontologie	8	4	49min
CA1	F	55	SF	ancienne fumeuse	40	rurale	addictologie	6	11	37min
CA2	F	47	IDE ASALEE	non fumeur	86	urbaine	entretien motivationnel	2	10	37min
CA3	H	37	CD	ancien fumeur	86	mi rurale mi urbaine	endodontie	3	7	37min
CA4	F	36	MK	non fumeuse	40	rurale	aucune	6	11	30min
CA5	F	54	SF	ancienne fumeuse	64	urbaine	hypnose	3	7	38min
CA6	F	29	SF	non fumeuse	86	rurale	DU gynécologie	3	7	35min
CA7	F	31	CD	non fumeuse	64	rurale	aucune	3	12	30min
CA8	F	25	MK	non fumeuse	64	rurale	rééducation périnéale	2	3	48min
CA9	F	60	CD	non fumeuse	64	rurale	hypnose	3	12	41min
CA10	H	54	MK	ancien fumeur	79	rurale	rééducation vestibulaire	2	11	54min

CM : entretiens réalisés par Coralie Maurin

CA : entretiens réalisés par Colette Artola

S= sexe ; H=homme, F=femme

CD=chirurgien-dentiste ; MK=masseur-kinésithérapeute

Dépt=département

DU=diplôme universitaire ; ETP=éducation thérapeutique du patient

Images : se référer à l'annexe 4

5.1.2. La consommation du tabac des participants

Les ex-fumeurs ont fait plusieurs tentatives d'arrêt et un participant a bénéficié de patchs nicotiniques pour son sevrage.

« J'ai fait de nombreuses tentatives de sevrage et j'ai définitivement arrêté la cigarette il y a 29 ans avec l'aide du soutien de mon époux ». (CM4, sage-femme)

Concernant l'IDE fumeuse, elle a également fait plusieurs tentatives d'arrêt notamment avec des patchs mais sans succès.

« Le tabac soulage mes tensions, mais représente également quelque chose qui m'aliène. Je suis une fumeuse active, j'ai rechuté en 2019. J'ai fait de nombreuses tentatives de sevrage avec un succès de 2 ans grâce aux patchs ». (CM3, infirmière libérale)

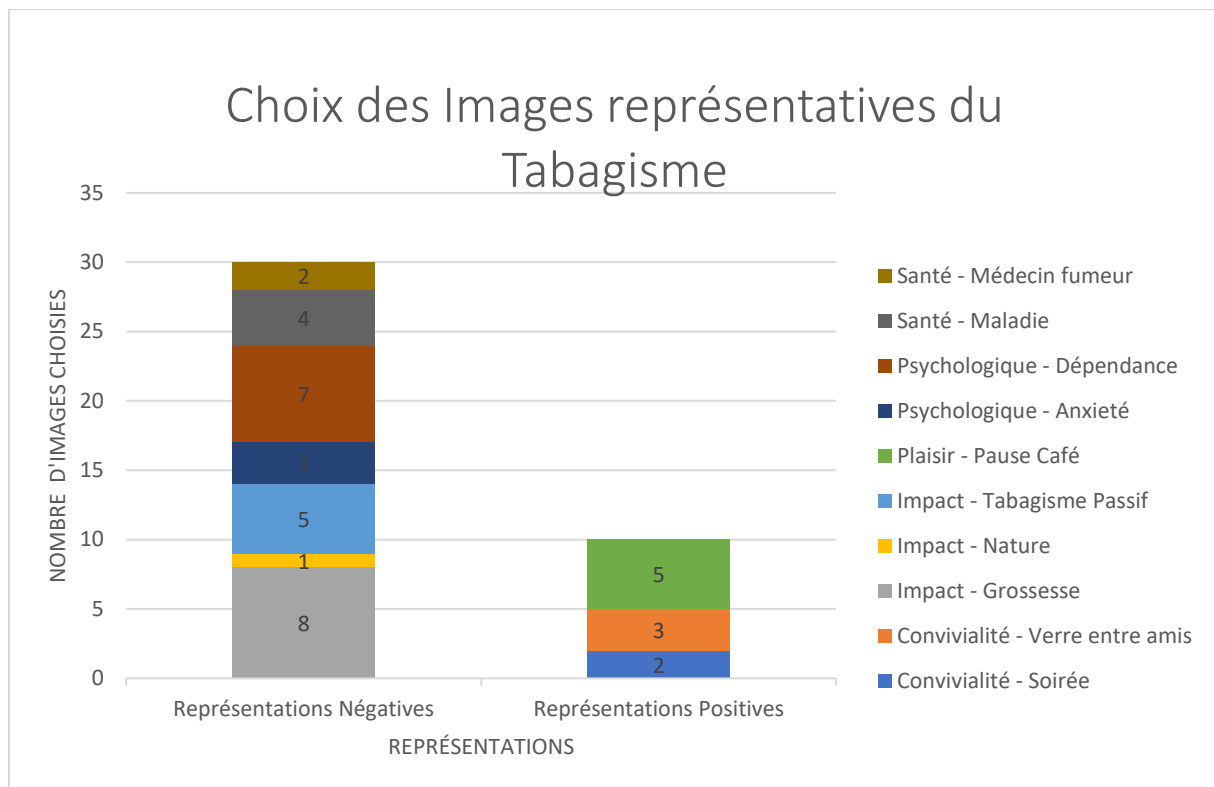
Les fumeurs occasionnels consomment principalement en communauté de fumeurs et lors d'événements festifs et de détente.

« Je n'ai jamais été « accro », je ne fume qu'en vacances ou en présence de fumeurs et jamais le matin ». (CM7, chirurgien-dentiste)

5.1.3. La représentation du tabac des participants

Nous avons demandé aux participants de choisir 2 images parmi 12 proposées. Ces images représentent des situations où le tabagisme est mis en scène de différentes manières avec une interprétation libre de l'image laissée au participant. Ces images ont été choisies en tapant comme mots clés : « tabac/cigarette/fumeur/conséquence du tabac » dans la barre de recherche google, puis dans la catégorie images.

Figure 2 :



Les deux images qui ressortent le plus sont la femme enceinte fumeuse avec 20% des choix (8 choix sur 40) puis les menottes avec 7 choix sur 40. Ces deux images ont une représentation négative pour les participants et symbolisent l'enchaînement et l'addiction ou encore les victimes du tabagisme passif avec l'image de la femme enceinte.

« Les menottes sont vraiment le symbole d'un emprisonnement ou d'une dépendance au tabac »
(CA10, kinésithérapeute).

« Voir une femme enceinte qui fume me choque » (CM8, masseur-kinésithérapeute).

Viennent ensuite avec cinq votes chacun, « le tabagisme passif » néfaste et « la pause-café » qui représente le plaisir et le rituel du tabagisme.

« Nous sommes censés protéger les enfants et pas leur imposer notre fumée » (CM8, masseur-kinésithérapeute).

« En tant qu'ancienne fumeuse, l'un de mes meilleurs souvenirs est la pause-café accompagnée d'une cigarette, c'est un rituel » (CA3, chirurgien-dentiste).

Quatre participants ont choisi les images représentant « les problèmes de santé induits par le tabac » et « la réunion conviviale autour de verres ».

« Même si fumer me détend j'ai toujours en tête que cela peut avoir un impact négatif sur ma santé »
(CM7, dentiste).

« En tant qu'ancienne fumeuse, je devrai avoir une mauvaise perception du tabac mais je l'avoue la cigarette me rappelle le côté festif des apéros » (CM6, infirmière libérale).

Trois participantes ont sélectionné l'image « le mal être intérieur/ anxiété » :

« Il est prisonnier de la substance et son reflet hurle, il me fait penser à moi.... Mon corps et ma tête sont prisonniers de cette substance, je la désire mais la rejette en même temps » (CM3, infirmière libérale).

Deux participants ont choisi les images « la soirée » et celle du « médecin fumeur » : « Cette image est une ancienne version de moi-même, je suis très fière d'avoir réussi à arrêter ». (CA1, sage-femme)

Un seul participant a choisi l'image du « feu de forêt/ nature » :

« Je ne supporte pas que les gens balancent leurs mégots par la fenêtre, la pollution dûe au tabac m'afflige vraiment » (CM9, masseur-kinésithérapeute).

Aucun participant n'a sélectionné l'image du « cannabis » ou « de la personne qui tousse » qui peut être interprétée comme « la maladie ».

Finalement les $\frac{3}{4}$ des images choisies par les participants ont été décrites comme correspondant à une vision négative et néfaste du tabac, comme pourvoyeur de pathologies chroniques.

« C'est une espèce de poison dont les gens ont du mal à se débarrasser » (CA9, chirurgien-dentiste).

Nous avons codé deux fois plus de déclarations « négatives » que « positives » concernant le tabagisme et $\frac{3}{4}$ des images choisies évoquent une représentation négative du tabagisme. Malgré la disparité entre les participants fumeurs et non-fumeurs nous avons créé presque autant de nœuds dans chaque catégorie, six pour la catégorie « positive » et sept pour la catégorie « négative ». Le choix des photos ne semble pas impacté par le statut tabagique ou par la discipline. Par exemple, les sages-femmes ne choisissent pas plus l'image de la femme enceinte fumeuse.

5.1.4. Les raisons de leur participation aux soirées

Les participants, qu'ils soient infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes ou sages-femmes rencontrent tous des patients fumeurs au quotidien. Ils considèrent que leur proposer un accompagnement vers l'arrêt du tabac n'est pas leur première fonction mais cela leur est possible depuis 4 ans. Certains ont néanmoins envie de participer, de comprendre le fumeur et de l'aider.

Parmi les raisons de leur participation à la soirée nous retrouvons :

- La volonté d'apprendre :

« J'ai choisi de participer à cette formation car je savais que les infirmiers pouvaient prescrire des substituts nicotiniques mais cela me dérangeait de le faire sans maîtriser totalement cette notion.

(CM6, infirmière libérale).

« Je pense que nous ne sommes naturellement pas aptes à aborder certains sujets, c'est une chose qu'il faut apprendre et peaufiner » (CM9, masseur-kinésithérapeute).

- Avoir un discours plus sûr :

« Je me sentais démunie quant à la réponse à apporter au patient qui me demandait de l'aide pour stopper le tabac » (CM5, infirmière).

« Je n'ai pas hésité à m'inscrire lorsque j'ai reçu le mail, c'est le genre de soirée très importante, qui nous aide à bien informer le patient et être crédible dans notre démarche » (CA6, sage-femme).

- Participer à la prise en charge du sevrage tabagique :

Lors des entretiens, nous retrouvons plusieurs niveaux dans leur volonté de participer au sevrage comme le fait de moins orienter le patient, être reconnu comme acteur de cette campagne ou encore prescrire.

« J'ai été confronté à plusieurs patients prêts à arrêter mais du coup je les adressais à leur médecin traitant. Je trouvais cette démarche frustrante d'autant plus que je n'avais aucun retour ! » (CM8, masseur-kinésithérapeute).

« Le fait que l'on nous inclut dans la prise en charge de la lutte anti-tabac me donne envie d'être utile et de participer à cette campagne. C'est pourquoi j'ai participé à cette formation » (CM4, sage-femme).

« Ce qui m'a motivé à participer à cette soirée est principalement la quantité de mes patients fumeurs. Et le fait d'être prescripteur, d'en savoir plus et de pouvoir me lancer m'a convaincu » (CA9, chirurgien-dentiste).

- Rencontrer des professionnels de santé :

« Cette soirée était pour moi l'occasion de rencontrer d'autres professionnels de santé et de pouvoir échanger avec eux » (CA2, infirmière ASALEE).

Les 20 participants que nous avons rencontrés avaient tous des représentations personnelles du tabagisme qu'elles soient positives ou négatives. Malgré leur statut tabagique différent, leurs points communs étaient la volonté d'apprendre et de rencontrer d'autres professionnels de santé afin d'accompagner de façon plus adaptée leurs patients usagers de tabac.

5.2. Les soirées d'informations délivrées par les treize CPAM de Nouvelle-Aquitaine

Afin d'optimiser et de diffuser plus largement les soirées d'information, nous avons demandé aux participants leurs avis sur la soirée à laquelle ils avaient participé. Nous avons codé ces données dans 2 nœuds principaux, les forces et les faiblesses des soirées d'information. Au sein de ces 2 nœuds principaux nous avons identifié 59 items.

5.2.1. Généralités concernant la soirée

- Sur les 20 participants, 5 d'entre eux ont commenté l'invitation à la soirée par courriel :

« J'ai été prévenu de la soirée 2 ou 3 jours avant qu'elle ait eu lieu. Il serait préférable que nous soyons avertis un peu plus en amont afin d'assurer un maximum de présence » (CM9, masseur-kinésithérapeute).

« Mes collègues de C. n'ont pas reçu le mail et je pense qu'ils auraient apprécié cette formation. Si une nouvelle soirée devait avoir lieu il faudrait être prévenu un peu plus en amont et relancer les praticiens pour qu'ils se motivent à venir » (CM10, chirurgien-dentiste).

- Concernant la qualité de l'accueil des participants les avis sont unanimes :

« Nous avons vraiment été très bien accueillis et mis à l'aise, la salle était très confortable et le buffet délicieux ! » (CA4, masseur-kinésithérapeute).

- Le format des soirées a été, pour la plupart, compatible avec leur profession :

« De manière générale j'ai trouvé la soirée très agréable, le format soirée et la durée me convenaient parfaitement. Il me semble que les formations en soirée sont plus pratiques pour les professionnels de santé » (CM10, chirurgien-dentiste).

« J'ai apprécié que la soirée ne dure pas plus d'une heure, après je décroche » (CM1, sage-femme).

« Ce petit format, 2h le soir me convient parfaitement » (CA7, chirurgien-dentiste).

Deux des professionnels de santé interrogés précisent que le format n'était pas adapté :

« Je préférerais que les soirées finissent moins tard, j'ai des enfants et le fait de travailler le jour même et ou le lendemain diminue mon attention. Je ne pense pas qu'il soit possible de raccourcir la durée de la formation car son contenu est riche. Je préférerais assister à une formation sur une demi-journée, même sur mon jour de repos. » (CM3, infirmière libérale).

« La faiblesse était l'horaire, car c'est après une journée de travail. » (CA5, sage-femme).

Cependant 2 participants ont trouvé la durée des soirées trop courte :

« J'ai trouvé cela trop court, je pense qu'il faudrait redévelopper cela de manière beaucoup plus approfondie. J'aurai aimé que cela dure plus longtemps » (CA9, chirurgien-dentiste).

« Malheureusement j'ai trouvé le déroulement de cette soirée beaucoup trop rapide, la présentation a duré moins d'une heure tout comme le temps des questions. Le point négatif de cette soirée, est le temps dédié à la présentation du power point trop rapide » (CM5, infirmière).

Selon les soirées, les participants n'étaient pas du même nombre et chaque profession n'était pas forcément représentée. Une seule participante a apprécié que le groupe soit restreint :

« Le fait d'être peu nombreux, ça amenait plus d'interactions » (CA2, infirmière ASALEE).

Une sage-femme a présenté les mêmes conclusions mais dans la situation inverse, ils étaient trop nombreux :

« J'ai trouvé dommage d'être trop nombreux, cela ne permettait pas vraiment d'interaction entre les différents professionnels de santé. C'était délicat d'échanger au niveau personnel nos différentes expériences, même au niveau du timing » (CA1, sage-femme).

D'autres auraient aimé être plus nombreux et regrettent le peu de participants :

« J'ai été étonnée de voir que nous étions peu nombreux à cette soirée, nous devons être 4 dentistes et 10 au total ! du coup, la partie questions-réponses a été très brève, je trouve cela dommage » (CM7, dentiste).

« Il n'y avait vraiment pas grand monde, la motivation des professionnels de santé à participer à cette soirée m'a vraiment déçu ». (CA3, chirurgien-dentiste).

Quatre participants étaient déçus que leur profession ne soit pas assez représentée et de ne pas avoir assez échangé :

« Malheureusement, nous étions 2 kinés lors de la soirée » (CM9, masseur-kinésithérapeute).

« J'ai trouvé dommage qu'il y ait peu d'infirmières lors de cette soirée et principalement des pharmaciens » (CM6, infirmière libérale).

« J'étais d'ailleurs très surpris d'être une trentaine, et d'être le seul kinésithérapeute » (CA10, masseur-kinésithérapeute).

En synthèse de cette partie, on constate que le principe de ces soirées et les modalités d'accueil font l'unanimité. L'intérêt des participants était grand. Des lacunes sont signalées sur des invitations trop tardives pour s'organiser, ainsi que sur des invitations uniquement par courriel et sans relance.

La majorité des participants approuvent l'horaire en soirée et la durée courte sur 1 à 2 heures. Mais on constate que pour certains, des formations en journée et plus longues seraient préférables. Enfin, il semble également que plusieurs formats soient nécessaires au niveau du nombre de participants et du caractère multidisciplinaire. Une jauge convenant à tous semble difficile.

5.2.2. Le déroulement de la soirée :

À la suite de cette soirée, les participants ont mis l'accent sur plusieurs points :

- La qualité de l'intervenant :

Chaque soirée disposait d'intervenants différents. Ils disposaient d'un diaporama commun ayant fait l'objet d'un travail de consensus au niveau régional et en accord avec les représentants de l'Assurance Maladie. Malgré les intervenants différents, avec probablement des façons différentes d'aborder le sujet du tabac et le sevrage, une grande majorité des participants ont apprécié l'intervention.

« L'intervenante était passionnante, humaine et le fait que ce soit une sage-femme était très instructif » (CM5, infirmière).

« J'ai trouvé cela intéressant, ce n'était ni trop complexe, ni trop commun, cela permettait de s'adresser à tous, j'ai trouvé les propos assez justes par rapport à mes connaissances, et je trouvais qu'il n'y avait rien de « loufoque » » (CA3, chirurgien-dentiste).

Le retour d'expérience des intervenants a également intéressé les participants :

« La force de cette soirée était sans aucun doute l'intervenante. Elle était super, j'aime sa façon de voir les choses, et vu son expérience, elle n'aborde pas le sujet de la même manière que d'autres personnes » (CA5, sage-femme).

« La richesse des informations données sur la manière de renseigner les patients en disait long sur l'expérience de l'intervenant » (CM2, infirmière de santé au travail).

- Le contenu enrichissant des soirées :

- La qualité du contenu :

Sur les 20 participants, 10 d'entre eux ont mis en avant la qualité du power point présenté.

« L'intégralité du contenu était nécessaire et intéressante mais la partie qui m'a le plus marqué est celle de la physiologie et de l'explication du craving, le fonctionnement de l'addiction est une notion que je ne maîtrisais pas » (CM6, infirmière libérale).

« Ce qui m'a le plus marqué est la qualité du contenu du diaporama. La prévention et l'éducation du patient sont importants pour la prise en charge du patient et la soirée allait dans ce sens » (CM5, infirmière libérale).

Certains ont jugé les diaporamas et la présentation trop scolaire :

« C'était vraiment trop scolaire à mon goût, y'avait trop d'explications » (CA8, masseur-kinésithérapeute).

- La déculpabilisation du patient :

Les participants ont apprécié l'approche des intervenants concernant la déculpabilisation du patient :

« Les informations étaient très ouvertes et « décomplexantes » autant pour les prescripteurs que pour le patient, sans jugement aucun ni culpabilité » (CM2, infirmière de santé au travail).

« L'information qui m'a le plus marqué est de ne pas faire culpabiliser les patients fumeurs. Ça m'a conforté dans ce sentiment-là » (CA1, sage-femme).

Cette déculpabilisation fait émerger des changements au niveau de la représentation qu'ont les soignants de leurs patients fumeurs :

« Effectivement depuis la soirée je sais que mon ancienne approche n'était pas la bonne, la culpabilisation ne fait pas changer les patients, et ils connaissent déjà les conséquences. Je n'hésitais pas à leur faire la liste des complications du tabagisme sur le plan dentaire, j'ai bien compris maintenant que je n'arrangeais pas la situation en les faisant culpabiliser. » (CM10, chirurgien-dentiste).

- Le gain de connaissances :

- La physiopathologie de l'addiction et les idées reçues :

Le gain de connaissance concernant les mécanismes de l'addiction est un atout important dans la prise en charge des patients et pour la compréhension des soignants.

« Je ne savais pas que le tabac entraînait une sensation de détente pour après majorer le stress interne. Cela me permet de comprendre pourquoi il y avait tant d'addiction chez certains patients. Les informations sur la cigarette électronique m'étaient inconnues » (CM8, masseur-kinésithérapeute).

La mise au point concernant certaines idées reçues des participants a été mise en avant :

« J'ai également apprécié les données physiologiques du craving, choses que j'explique systématiquement aux patientes demandeuses d'une prise en charge. Les petits « trucs » comme : il n'est pas nécessaire d'avoir une volonté hors norme pour arrêter, les idées reçues des patchs, le fait que l'on ne puisse pas fumer avec, les conseils associés à chaque prescription... toutes ces informations que je n'avais pas m'aident beaucoup dans ma pratique actuelle » (CM1, sage-femme).
« Les informations qui m'ont marqué sont le fait qu'on peut fumer avec un patch, car j'avais une idée reçue sur la question, le fait que ce soit remboursé par l'assurance maladie, et pour finir, que le surdosage de nicotine ne soit pas dangereux » (CA8, masseur-kinésithérapeute).

▪ La prise en charge du sevrage par les TNS :

Les participants désiraient des informations concernant la mise en place du traitement, les effets secondaires et surtout pouvoir répondre sans hésitation aux interrogations des patients :

« L'information qui m'a vraiment marquée est le fait que l'on puisse prescrire des patchs nicotiques en tant que kinésithérapeute car je ne le savais pas » (CA10, masseur-kinésithérapeute).
« Je l'ai trouvé de manière générale très intéressante, le contenu comprenait beaucoup de choses concrètes telles que l'aspect pratique de la prescription, quel patch, quelle dose, quels effets secondaires. Je me suis d'ailleurs fait des mémos grâce aux flyers de prescription et des conseils, délivrés lors de la soirée » (CM2, infirmière de santé au travail).

La plupart des participants avaient des interrogations concernant les patchs :

« J'ai appris à démonter certaines idées reçues que j'avais sur le tabac comme le fait que l'on puisse fumer avec son patch, le fait de pouvoir mettre plusieurs patchs en même temps. J'ai dédramatisé le port du patch. Personnellement lorsque j'essayais de me sevrer, j'enlevais le patch pour fumer, maintenant je sais que fumer sous patch permet de tirer moins fort sur sa cigarette et cette dernière est donc moins nocive » (CM3, infirmière libérale).

Une kinésithérapeute regrette le manque de mise en application de la théorie concernant la prescription :

« Le bémol c'est qu'on n'a pas eu assez de temps sur la prescription en elle-même. Cela aurait été sympa de faire un petit jeu où l'on aurait eu un faux ordonnancier pour nous faire de la pédagogie active comme à des élèves » (CA4, masseur-kinésithérapeute).

▪ L.A.S.T Tabac :

Seulement 2 participants ont évoqué le projet L.A.S.T. Tabac présenté lors de la soirée. Ils ont décrit ce projet comme positif mais peu détaillé :

« *Le concept du lieu de proximité pour l'accompagnement des patients est très positif, je n'ai pas regretté d'être venue, mais cela aurait mérité plus de détails* » (CA6, sage-femme).

« *J'aimerais bien recevoir une liste de référence avec le réseau de coordonnées, celles des spécialistes, de LAST ou d'hypnotiseur/addictologue. Le projet LAST-PAST a été très peu évoqué alors que ça me paraissait être une des informations les plus importantes dans l'accompagnement du patient* » (CM9, masseur-kinésithérapeute).

▪ Les méthodes de sevrage alternatives :

Au sein des participants, 7 d'entre eux regrettent le manque d'information sur certaines aides non médicamenteuses au sevrage des patients. Le sujet de la cigarette électronique revient à plusieurs reprises :

« *Je regrette que le sujet de la cigarette électronique et son impact n'ait pas été assez abordé, parce que, bah... je me pose pas mal de questions* » (CA7, chirurgien-dentiste).

« *J'aurais aimé que le contenu de la partie sur la cigarette électronique soit plus développé afin d'avoir une argumentation plus profonde à exposer aux patients* » (CM5, infirmière).

Les alternatives non médicamenteuses ont également été abordées :

« *La prochaine fois j'aimerais que l'on aborde les médecines parallèles comme l'hypnose et l'homéopathie qui seraient utilisables dans le sevrage des patientes* » (CA5, sage-femme).

« *L'efficacité des alternatives non médicamenteuses sur le tabagisme n'a pas été évoqué, je pense que cela aurait été intéressant* » (CM3, infirmière libérale).

L'abord psychologique du patient aurait mérité selon 3 participants un approfondissement, notamment en ce qui concerne la gestion du stress :

« *L'information qui m'a manqué est le côté psychologique de l'addiction. Oui c'est sûr l'addiction a un côté chimique mais elle a aussi un côté psychologique. Je pense qu'il est important d'aider les patients à gérer leur stress* » (CA8, masseur-kinésithérapeute).

« *J'aurais aimé que l'on approfondisse le côté émotionnel, la gestion du stress et les croyances de chacun* » (CA5, sage-femme).

○ L'acquisition de supports :

La distribution lors de la soirée de supports d'information concernant la prescription pour mémoriser certaines données et pour s'aider lors des premières prescriptions.

« Le plus important pour la pratique était de récupérer des supports papiers pour la prise en charge du sevrage, cela permet de se replonger dans la soirée en pleine consultation » (CA3, chirurgien-dentiste).

« Les supports pédagogiques comme la clé USB ou les flyers sont essentiels pour la bonne compréhension et la mise en pratique des informations » (CA4, masseur-kinésithérapeute).

Un participant regrette l'absence de support contenant les phrases « chocs » destinées au patient :

« Dommage qu'il n'y ai pas eu de supports contenant les phrases « chocs » et les idées reçues comme « il n'y a pas d'addiction au patch », ça marquerait les patients...enfin je pense » (CM1, sage-femme).

Ce kinésithérapeute regrette l'insuffisance du support et le manque de formation :

« Les faiblesses étaient que je suis reparti avec une clé USB, et zéro compétence pour accompagner quelqu'un. Je suis venu par curiosité, j'ai reçu des informations, je repars avec l'idée que j'ai été formé, mais que je peux prendre en charge quelqu'un pour arrêter, mais derrière, je n'ai aucune compétence pour l'accompagner. Là si j'ai quelqu'un qui vient me voir pour une prise en charge, j'irai regarder dans ma clé USB, et je ne me sentirai pas crédible. Ça mérite qu'on soit davantage accompagné » (CA10, masseur-kinésithérapeute).

Une dentiste souhaiterait bénéficier d'un support/outillage permanent afin de les aider à la prise en charge du sevrage tabagique des patients :

« Avoir une espèce de support qui nous permette de nous former de façon régulière. » (CA7, chirurgien-dentiste).

La qualité des intervenants a été mis en avant notamment grâce à leurs approches du sujet du tabagisme, la déculpabilisation des patients et encore leurs retours d'expériences. Dix participants ont apprécié le contenu enrichissant des diaporamas présentés. L'intégralité des participants ont déclaré avoir bénéficié d'un gain de connaissances dans différents domaines comme ceux de la physiopathologie de l'addiction, l'initiation d'un traitement et les informations utiles concernant les idées reçues. Neuf d'entre eux ont regretté le manque d'information sur le projet L.A.S.T Tabac ou encore la cigarette électronique, les méthodes de sevrage alternatives et la gestion du stress. Enfin, cinq participants ont évoqué l'intérêt des supports délivrés au cours de la soirée.

5.3. Les changements induits chez les professionnels de santé

5.3.1. Représentation des patients fumeurs et de leurs comportements

La représentation des patients fumeurs et de leurs comportements ne s'est pas modifiée et n'a eu aucun impact pour 2 des participants fumeurs occasionnels :

« La formation n'a pas spécialement modifié ma représentation des fumeurs et de leurs comportements. » (CA10, masseur-kinésithérapeute).

Pour 6 des participants, ces soirées ont modifié leurs perceptions des patients fumeurs, en leur provoquant de l'empathie, et en « comprenant » leur addiction :

« J'ai appris que la nicotine était plus addictogène que la cocaïne ou que l'héroïne et que, du coup, je suis moins jugeante et plus empathique envers les fumeurs de tabac. La rechute était tout de suite envisagée. » (CA4, masseur-kinésithérapeute).

« Je suis devenue plus empathique alors que j'étais peut-être plus dans le jugement avant. » (CA6, sage-femme).

« Cela m'a permis de mieux comprendre les personnes fumeuses de tabac et leurs difficultés à arrêter, moi qui ne suis pas fumeuse. Maintenant, j'adapte mon discours pour ne pas avoir un discours culpabilisant. Je me sens un peu plus proche des patients fumeurs. » (CA7, chirurgien-dentiste).

<p>Un quart des participants déclarent présenter une nouvelle représentation des fumeurs. Ils sont plus empathiques et comprennent mieux le phénomène d'addiction. Seuls deux participants n'ont pas décelé de modifications concernant leur perception du fumeur.</p>

5.3.2. Stratégies d'accompagnement des patients fumeurs vers l'arrêt du tabac

5.3.2.1. Repérage des patients fumeurs

Pour 8 participants sur les 20 interrogés, le repérage des patients fumeurs est nettement plus facile à la suite de leur participation aux soirées d'information :

« Ce qui a peut-être changé dans ma façon de voir les choses, c'est qu'il est inutile de stimuler quelqu'un à arrêter de fumer si cette personne n'est pas prête...Par contre, il ne faut pas « louper le coche » quand cette personne est prête à arrêter de fumer. Je ne suis pas déjà dans un schéma de jugement vis-à-vis des fumeurs de tabac...Ma confiance en moi s'est améliorée un peu sur les connaissances, ainsi que sur le repérage... » (CA10, masseur-kinésithérapeute).

« Je sens immédiatement si une brèche peut se former dans leur addiction et s'ils sont prêts... Cette formation m'a vraiment apporté de l'aide et a clarifié beaucoup de choses sur le repérage du patient et l'évocation du sujet du tabagisme et du sevrage. » (CM8, masseur-kinésithérapeute).

Au contraire, 4 participants n'ont pas observé de changement, et évoquent donc un repérage inchangé car ils maîtrisaient déjà ce point :

« Ça n'a rien modifié à ma façon de repérer les patients demandeurs d'aide. » (CA5, sage-femme).

« Au niveau du repérage, il n'y pas eu de changement pour moi, car j'ai un questionnaire systématique lors de mes consultations. » (CA6, sage-femme).

Le repérage des patients fumeurs est donc facilité et sans doute plus systématique chez ceux qui le faisaient rarement, voire pas du tout.

Les plus impliqués continuent leur pratique habituelle du repérage.

5.3.2.2. Abord du sujet et discussion autour du tabac

17 participants sur 20 objectivent un réel changement dans ce domaine après leur participation à ces soirées et évoquent :

- Un abord du sujet plus facile :

« Je me sens effectivement plus à l'aise dans ce domaine, aborder le tabagisme et proposer de l'aide... Lors des consultations de groupe sur la préparation à l'accouchement, je profite d'un temps calme pour en parler, je leur annonce que je ne sais plus qui fume mais j'aborde le sujet en annonçant que si besoin je suis disponible. » (CM4, sage-femme).

« Lorsqu'un patient n'est pas prêt, je n'insiste pas et l'informe que je suis disponible. » (CM6, infirmière libérale).

« Globalement, je leur explique je peux les aider et que l'on peut en reparler mais j'attends encore qu'ils m'en reparlent... Notre avantage en tant que kiné par rapport à un tabacologue, par exemple, est que l'on voit très fréquemment les patients, dans le cadre d'une rééducation nous pouvons être amené à voir le patient une fois par semaine sur plusieurs mois donc procéder à la rééducation tout en discutant des consommations et faire le point sur le tabagisme me paraît tout à fait réalisable. » (CM9, masseur-kinésithérapeute).

- Un discours plus aisé et des réponses à apporter au patient :

« Je pense que des choses se sont modifiées dans ma pratique. En effet, quand le patient répond à ma question « êtes-vous fumeur ? », j'embraye sur une autre question. Ça a agrémenté mon bilan... Je me

sens plus compétente pour entendre, pour parler et pour orienter les patients vers la pharmacie ou le centre d'addictologie le plus proche... Le plus facile à mettre en pratique sont la discussion et l'écoute. » (CA4, masseur-kinésithérapeute).

« Le plus facile à mettre en pratique sont les réponses à apporter. » (CA9, chirurgien-dentiste).

« J'ai eu un discours que je n'aurais sûrement pas tenu si je n'avais pas participé à cette soirée, d'ailleurs le patient m'a remercié de lui en avoir parlé. » (CM5, infirmière).

En revanche, 7 professionnels de santé sur 20 évoquent éprouver des difficultés dans la discussion vis-à-vis des patients fumeurs :

● Un discours non percutant :

« Le plus difficile est d'avoir un discours percutant afin de bien accompagner le patient demandeur d'aide. » (CA5, sage-femme).

« Le plus difficile c'est l'entretien motivationnel car je n'ai pas encore assez de pratique. » (CM3, infirmière libérale).

● Un manque de persuasion de la part du professionnel de santé :

« Les éléments les plus difficiles à mettre en place sont la persuasion de mettre des patchs en un seul entretien et l'instauration d'un suivi. » (CM1, sage-femme).

« Le plus difficile à mettre en pratique, convaincre les patients récalcitrants. » (CM10, chirurgien-dentiste).

● Un défaut de « volonté » de la part du patient :

« De plus la plupart de ces patients ne sont pas dans une situation ou une volonté de sevrage. Dans ce contexte je les oriente mais je ne m'assure pas du sevrage... » (CM1, sage-femme).

« A mon sens, les patients qui ont arrêté puis rechuter à plusieurs reprises sont les plus durs à prendre en charge car ils sont persuadés qu'ils n'y arriveront jamais. Je ne sais pas comment « abattre » cette barrière... » (CM10, chirurgien-dentiste).

Après ces soirées, plus de la moitié des participants estime que le sujet du tabac est plus facile à aborder avec les patients consommateurs. Leur discours est plus aisé autour de ce sujet, et ils ont tendance à privilégier l'écoute du patient. A l'inverse, 40% des participants éprouvent des difficultés quant au discours à appliquer envers les patients fumeurs, et notamment en ce qui concerne le fait d'avoir un discours percutant, des arguments persuasifs. Ce qui freine également quelques prescripteurs est le manque de volonté initial des patients, entraînant alors un « blocage » au niveau du discours.

5.3.2.3. Aide de l'entourage et de nouveaux profils de patients fumeurs

Depuis les soirées d'information, 5 professionnels de santé évoquent étendre leurs pratiques au-delà des patients dont ils sont en charge, par exemple :

- L'entourage familial des patients fumeurs :

« Depuis la formation, il m'arrive de m'occuper de l'entourage de mes patientes fumeuses en ce qui concerne le sevrage tabagique (futur papa, grands-parents). » (CA6, sage-femme).

« Ce qui a été le plus important pour moi, ce qui m'aide le plus au quotidien, est la manière d'aborder le sujet du tabagisme avec la patiente et son conjoint et surtout un éventuel arrêt... J'ai également prescrit des patchs à 2 conjoints de patientes. » (CM4, sage-femme).

Une sage-femme présente, malgré tout, certaines difficultés à aider l'entourage proche de ses patientes fumeuses :

« J'ai par ailleurs remarqué que le conjoint ou l'entourage est plutôt résistant et refuse plus facilement que la patiente. » (CM4, sage-femme).

- L'entourage familial et amical du professionnel de santé :

« J'ai réussi à motiver mon époux et ma mère qui est une grosse fumeuse à arrêter et leur ai prescrit des patchs... J'ai initialement testé les notions apprises lors de la formation autour de moi. » (CM6, infirmière libérale).

- De nouveaux profils de patients fumeurs :

Un des kinésithérapeutes confie être plus à l'aise vis-à-vis de la prise en charge des patients ayant une poly-consommation :

« Depuis la formation, il m'arrive d'accompagner des patients que je n'aurai pas accompagné auparavant car j'ai plus d'informations. Par exemple, j'ai eu un patient qui fumait des cigarettes et aussi du cannabis, et je ne l'aurai jamais accompagné auparavant ou même aborder le sujet, car je trouvais que cela allait être trop compliqué, mais depuis la soirée d'information, je me suis intéressé au sevrage tabagique de ce patient. » (CA8, masseur-kinésithérapeute).

Le quart des PS ont vu leur pratique se modifier, et notamment s'étendre au-delà du patient fumeur, comme les accompagnants fumeurs, et leur entourage proche. Parmi eux, on peut noter également un intérêt à l'aide au sevrage tabagique envers des patients poly-consommateurs ou des « gros » fumeurs pour lesquels ils n'auraient même pas penser tenter le sevrage, car ils représentaient des cas trop complexes.

5.3.3. Pratiques d'accompagnement des patients fumeurs

5.3.3.1. Les leviers dans l'accompagnement du patient fumeur

Les pratiques d'accompagnement des patients fumeurs se sont améliorées dans certains domaines pour 18 professionnels de santé sur 20 à la suite de leur participation aux soirées :

- Il est évoqué une facilité à aborder le sujet du tabac avec les patients fumeurs pour 5 des participants aux soirées :

« *Ma pratique s'est modifiée car j'aborde le sujet beaucoup plus facilement... Maintenant j'aborde le sujet du sevrage tabagique de façon presque systématique.* » (CA8, masseur-kinésithérapeute).

« *Je sais que même si le patient n'est pas encore prêt je l'informe que dans le cas contraire je suis là pour l'aider et qu'il peut revenir vers moi pour une prescription.* » (CM3, infirmière libérale).

- Ce qui a été décrit notamment, lors de ces entretiens, est le discours du professionnel de santé qui est plus affirmé, déterminé :

« *Ça m'a permis d'affiner mon discours envers le patient demandeur d'aide.* » (CA5, sage-femme).

« *J'ai gagné en assurance au niveau du discours que je peux avoir.* » (CA7, chirurgien-dentiste).

- La confiance en soi a été visiblement renforcée pour 14 des professionnels de santé interrogés :

« *Cela m'a redonné un peu plus confiance, le fait de réentendre certaines choses, ça nous conforte dans notre pratique et notre savoir. On est plus à l'aise... surtout concernant la prescription des patchs... Il y a également deux femmes que je suivais en gynécologie médicale pour qui j'ai entamé un sevrage tabagique, et je n'aurai pas osé les accompagner avant la soirée.* » (CA1, sage-femme).

« *Je me sens moins démunie... En termes de confiance, cela m'a fait un bien fou, et même en termes de ressenti de la part de mes patientes, elles doivent ressentir également que je suis plus sûre de moi.* »

(CA6, sage-femme).

Quatre des participants évoquent le fait de se sentir plus légitimes à prendre en charge les patients fumeurs :

« *Le fait que l'on nous inclue dans la prise en charge de la lutte anti-tabac me donne envie d'être utile et de participer à cette campagne.* » (CM4, sage-femme.)

- Quatre participants aux soirées d'information se sentent plus autonomes dans la prescription :

« *Je vais beaucoup plus loin dans mes prescriptions, notamment au niveau des dosages. Depuis cette soirée, je me suis permise des choses que je ne me permettais pas concernant les prescriptions, et je*

trouve que cela marche mieux... Le plus facile à mettre en pratique est la prescription des patchs. »
(CA1, sage-femme).

« J'ai le sentiment que la soirée a surtout changé la façon dont j'aborde les patients, et bien entendu le fait de prescrire car je ne le faisais jamais avant... Maintenant j'essaie de laisser le patient parler s'il en a envie bien entendu et je lui propose mon aide en lui expliquant que je peux l'accompagner par une prescription de patch mais qu'il faut également un suivi rapproché pour maintenir le sevrage... Depuis la soirée j'ai prescrit à une dizaine de personnes des patchs. Le plus facile pour moi est la prescription. » (CM10, chirurgien-dentiste).

- Ce qui a été également modifié à la suite des soirées est l'augmentation de la fréquence de prescription des TNS dans les différentes professions et concerne 10 des participants interrogés :

« Ma pratique s'est également modifiée concernant l'initiation d'un traitement, et donc de la prescription des TNS... Le plus facile à mettre en pratique, pour moi maintenant, est d'entamer la discussion, avoir des choses à apporter du point de vue matériel, et avoir les éléments pour pouvoir faire une prescription. » (CA3, chirurgien-dentiste).

« Pour ce qui est de l'initiation du traitement et la prescription des TNS, cela a également eu un impact. Je suis plus à l'aise pour prescrire les patchs. J'ai maintenant quelque chose à proposer aux patients qui demandent de l'aide... La prescription des patchs est le plus facile à mettre en pratique. »
(CA5, sage-femme).

- 5 professionnels de santé, estiment que le fait d'avoir participé à ces soirées d'information a modifié leur manière de réaliser un suivi chez les patients fumeurs, et a donc permis de rendre plus facile le suivi :

→ Lié aux « outils/supports » distribués lors des soirées d'information :

« J'ai plus de facilité à initier et à prescrire les TNS avec les outils qui nous ont été donnés. Ça a été également le cas avec le suivi, et notamment en ce qui concerne l'adaptation du traitement. Je ressens moins le besoin d'orienter. » (CA6, sage-femme).

→ Lié au gain de connaissances/compétences :

« Le plus facile à mettre en pratique est le rendez-vous de suivi, car c'était ma plus grande difficulté avant la soirée d'information, l'ajustement de la prescription en fonction du ressenti des patientes. »
(CA6, sage-femme).

« Je me sens plus compétente à réaliser un suivi de sevrage tabagique. » (CA8, masseur-kinésithérapeute).

→ Lié à l'exercice professionnel :

« L'avantage du kinésithérapeute est qu'il passe beaucoup de temps avec le patient, nous avons le luxe de pouvoir bien discuter avec eux et de les suivre régulièrement. » (CM8, masseur-kinésithérapeute)

→ Lié au fait d'avoir des résultats satisfaisants :

« J'ai d'ailleurs revu 2 patients à qui j'avais initié le traitement et l'infirmier ASALEE m'a fait plusieurs retours des patients qu'il suit. Certains patients m'ont aussi avoué avoir énormément diminué leur consommation. J'estime que le retour est plutôt positif. » (CM6, infirmière libérale).

« Je revois très régulièrement la première patiente à qui j'ai prescrit les patchs. Elle n'a pas totalement arrêté sa consommation mais l'a nettement diminuée grâce aux patchs. » (CM9, masseur-kinésithérapeute).

- 5 participants aux soirées estiment moins orienter vers d'autres professionnels de santé depuis qu'ils ont participé aux soirées :

→ 3 participants évoquent le fait d'avoir envie de réaliser le sevrage tabagique le plus possible :

« J'oriente peu. Je m'occupe le plus possible du sevrage tabagique, mais si je vois qu'il existe de réelles difficultés et que cela devient trop compliqué, j'oriente vers la maternité en addictologie. » (CA1, sage-femme).

« Je les oriente vers les addictologues, ou vers les médecins traitants si j'estime que le patient doit être mis sous Champix par exemple. » (CA2, infirmière Asalée).

« Je prends plus le temps et, de ce fait, j'oriente moins de patient au médecin addictologue étant donné que je les prends en charge avec mon collègue. » (CM6, infirmière libérale).

→ Un participant estime que le suivi est plus facile pour le patient s'il est réalisé par le même professionnel de santé :

« Je ressens moins le besoin d'orienter. Et puis je pense que c'est plus facile pour elles de garder le même professionnel de santé que d'être réorienté. » (CA6, sage-femme).

Pour 90% des professionnels de santé, les pratiques d'accompagnement au sevrage tabagique des patients fumeurs, se sont nettement modifiées dans certains domaines, et notamment au niveau de l'autonomie et de la légitimité des nouveaux prescripteurs de substituts nicotiniques. Leur confiance en eux s'est renforcée. Ces derniers décrivent également une augmentation de la fréquence de leurs prescriptions à la suite des soirées d'information, ainsi qu'une facilité à aborder le sujet du tabac et le fait d'avoir un discours plus sûr.

Un quart des participants précisent que les soirées d'information ont facilité le suivi grâce aux supports distribués lors de ces dernières. La même proportion des participants estime que ces soirées leur ont permis de gagner en connaissances et compétences, et que contrairement à d'autres avis, leur exercice professionnel permet de réaliser un suivi. Enfin, le fait d'avoir entamer un suivi et d'avoir des résultats satisfaisants les incitent à poursuivre leur prise en charge.

5.3.3.2. Pas de modification

Pour 9 des participants à cette soirée, il n'y a eu aucune modification sur certains points en ce qui concerne leurs pratiques d'accompagnement des patients fumeurs, soit :

- Au niveau du repérage. En effet, 4 participants évoquent l'absence d'amélioration sur leur manière de repérer ces patients :

*« Cela n'a pas forcément modifié mon repérage. Je repère autant qu'avant les patients fumeurs. »
(CA7, chirurgien-dentiste).*

- Quatre professionnels de santé ne se sentent toujours pas à l'aise en ce qui concerne la prise en charge globale des patients fumeurs :

« Malgré cette soirée, que j'ai trouvé bien, où j'ai appris plein de choses, je ne me sens pas encore capable d'accompagner un patient en demande d'aide. » (CA10, masseur-kinésithérapeute).

« Je n'ai pas encore assez confiance en moi à ce niveau. Je ne me sens pas assez compétente pour prescrire des TNS. » (CA4, masseur-kinésithérapeute).

- En revanche, certains se sentent capables de prendre en charge ces patients, mais se plaignent d'un manque de demande d'aide au sevrage de leur part :

« Au niveau de la prise en charge globale du patient, je n'ai pas vu de réel changement, étant donné que je n'ai pas beaucoup de demande d'aide. » (CA7, chirurgien-dentiste).

- Trois participants sont freinés par le manque de temps lors de leurs consultations :

« Je n'ai malheureusement pas le temps de m'étendre sur le sujet... Le manque de temps est assez frustrant car je sentais que cette patiente était vraiment prête pour un sevrage et consciente du danger pour son enfant mais je n'ai peut-être pas pris assez de temps pour approfondir le sujet. » (CM4, sage-femme).

« C'est plus le manque de temps qui m'empêche d'évoquer ce sujet. » (CM5, infirmière).

« Cela étant, je dois aussi prioriser la rééducation donc cela dépendra du temps de la consultation. » (CM8, masseur-kinésithérapeute).

- Huit participants aux soirées nous ont confiés une prise en charge des patients mais sans prescription de TNS :

« Absolument rien n'a changé dans ma pratique. » (CA10, masseur-kinésithérapeute).

« Cette soirée n'a pas modifié ma prise en charge, et notamment pour l'initiation du traitement puisque je ne fais pas de prescription... Le plus difficile à mettre en pratique est la prescription. » (CA4, masseur-kinésithérapeute).

« Je n'ai pas non plus l'impression que cela a amélioré mon repérage des patients fumeurs de tabac, ni ma prise en charge, ainsi qu'au sujet du suivi. » (CA9, chirurgien-dentiste)

« Concernant la prescription, j'ai eu une information lors de la soirée, mais je ne me sens pas du tout formée à cette démarche. Je trouve très gênant de prescrire des substituts nicotiques sans assurer un suivi correct, un service « après-vente ». Je ne veux pas prescrire pour prescrire. » (CM5, infirmière).

Pour un peu moins de la moitié des participants, leur pratique d'accompagnement à l'arrêt du tabac n'a pas été modifiée en ce qui concerne certains points. Ils estiment que leur repérage des patients fumeurs est inchangé, qu'ils ne se sentent pas à l'aise vis-à-vis de la prise en charge globale du patient fumeur, et qu'ils se retrouvent souvent confrontés à une absence de demande d'aide au sevrage de leur part. Ils précisent également qu'ils manquent de temps dédié pour cette prise en charge, et avouent qu'ils ne prescrivent pas de traitements substitutifs nicotiques.

5.3.3.3. Freins dans l'accompagnement des patients fumeurs

Lors de cette étude, plusieurs freins à l'accompagnement des patients fumeurs ont été mis en évidence par les différents professionnels de santé interrogés.

- Les difficultés concernant un discours adapté, ou le manque de confiance en soi pour 7 des participants :

« Les éléments les plus difficiles à mettre en place sont la persuasion de mettre des patchs en un seul entretien et l'instauration d'un suivi. » (CM1, sage-femme).

« Je ne suis pas certain d'avoir énormément évolué car avec certains patients j'ai toujours un blocage, s'ils ne veulent pas en parler ou arrêter je n'arrive pas à pousser le dialogue. De même si les patients banalisent leur consommation je n'arrive pas renverser la tendance. » (CM9, masseur-kinésithérapeute).

- On note que 4 des participants ressentent un manque de reconnaissance en tant que prescripteur de substituts nicotiniques :

« Le plus difficile à mettre en pratique est de faire valoir qu'on est légitime pour faire ça. Les patients seront, me semble-t-il, moins à l'aise pour en parler avec leur dentiste. » (CA3, chirurgien-dentiste).

« Les patients sont en revanche très surpris lorsque je leur propose une prescription de patch. Il serait peut-être intéressant de les informer eux-aussi... je pense qu'il serait bien d'informer les patients de notre aptitude à la prescription. » (CM8, masseur-kinésithérapeute).

- Deux des professionnels de santé interrogés déplorent un manque d'encadrement :

« Les faiblesses étaient que je suis reparti avec une clé USB, avec, pour moi, zéro compétence pour accompagner quelqu'un. Je suis venu par curiosité, j'ai reçu des informations, je repars avec l'idée que j'ai été formé, mais que je peux prendre en charge quelqu'un pour arrêter, mais derrière, je n'ai aucune compétence pour l'accompagner « ... » J'étais dans la dynamique de la soirée, et les 2-3 premiers jours suivants, j'ai commencé à aborder le sujet, mais sans méthodologie de prescription, je me suis rendu compte que je ne me sentais vraiment pas capable d'accompagner ces patients fumeurs. » (CA10, masseur-kinésithérapeute).

- Le suivi des patients :

Pour 11 participants le suivi est difficilement réalisable. Plusieurs facteurs entrent en jeu :

➔ Lié à l'exercice professionnel :

« J'ai eu 2 futurs papas pour lesquels j'ai initié un sevrage, je les ai vu une deuxième fois, et ce que je trouve dommage d'ailleurs, c'est qu'une fois que leurs femmes auront accouché, je ne les reverrai plus. » (CA1, sage-femme).

« Concernant le suivi cela me paraît compliqué si ce dernier n'a pas trop de « problèmes dentaires ». Certains patients ne consultent qu'une fois par an. » (CM7, chirurgien-dentiste).

→ Lié au manque de temps dédié :

« Concernant le suivi c'est toujours aussi compliqué à mettre en place, je ne sais pas comment résoudre ce problème. Je ne suis pas psychologue et ne peux pas au vu de mon emploi du temps assurer un suivi pluri-hebdomadaire. » (CA2, infirmière Asalée).

→ Lié au défaut de collaboration interprofessionnelle dans le suivi du patient :

« Parfois je me retrouve sans renouvellement d'ordonnance de la part des médecins généralistes, et du coup, je ne peux pas suivre à long terme les patients dont j'ai entamé le sevrage tabagique. » (CA8, masseur-kinésithérapeute).

→ Lié au patient lui-même (manque d'assiduité) :

« Le plus difficile serait de maintenir le lien avec le patient, le suivi, dans le sens où je me suis retrouvé à prescrire des patches à un ami de mon époux en insistant sur le fait qu'il est important de se faire suivre. Finalement il ne m'a pas écouté et s'est remis à fumer de plus belle après 3 mois de substituts. J'ai trouvé cette situation assez frustrante. » (CM6, infirmière libérale).

Six professionnels de santé interrogés disent ne réaliser aucun suivi chez les patients, et ont tendance à les orienter vers d'autres professionnels de santé :

→ Absence d'intérêt des professionnels de santé à réaliser un suivi :

« Cependant, je ne réalise pas de suivi, je les oriente après plutôt vers des structures d'addictologie. » (CA3, chirurgien-dentiste).

« J'oriente plus les patients vers des unités de tabacologie, mais les patients ont beaucoup de difficultés à obtenir des rendez-vous en ce qui concerne le sevrage tabagique. » (CA8, masseur-kinésithérapeute).

« Ce qui a changé pour moi, c'est qu'ils relèvent plus d'une prise en charge médicale, donc j'aurais plus tendance à les envoyer vers des unités spécialisées, ce que je ne faisais pas avant, car je ne prenais pas conscience de la difficulté que pouvait être l'arrêt du tabac pour une personne fumeuse... Maintenant, j'oriente ces patients vers des unités de tabacologie. » (CA9, chirurgien-dentiste).

→ Absence d'initiation de traitement :

« Je ne réalise pas non plus de suivi car je n'initie pas de traitement, j'oriente. » (CA4, masseur-kinésithérapeute).

→ Le manque d'expérience dans le domaine du suivi :

« Même si nous sommes des personnels soignants, je trouve qu'on dépasse de notre cadre, et je préfère orienter vers des praticiens qui ne font que ça, qui ont l'habitude. Pour moi, voir un patient

pour un sevrage tabagique, réaliser un suivi, ça dépasse vraiment de notre cadre, de nos compétences. » (CA7, chirurgien-dentiste).

« Me concernant il me faudrait plus d'outils, car j'ai survolé le sujet, afin de procéder au suivi complet du patient. » (CM6, infirmière libérale).

- L'absence de cotation d'un acte dédié à la prise en charge des patients fumeurs. Un acte coté permettrait aux professionnels de santé d'allouer du temps de consultation au sevrage. 7 participants évoquent ce frein :

« Nous n'avons pas de cotation existante en ce qui concerne le sevrage tabagique, donc c'est une difficulté supplémentaire. C'est ma plus grande limitation aujourd'hui, parce que du coup, je leur parle du sevrage tabagique en même temps que je fais la séance de kiné, et c'est parfois un peu compliqué. Ça m'arrive de prendre sur du temps personnel. Du fait de l'absence de cotation, on ne prend pas assez le temps pour réaliser un sevrage tabagique. » (CA8, masseur-kinésithérapeute).

« Concernant le suivi du patient concernant le sevrage je pense que cela est possible si je dédie du temps uniquement à cet effet. Pour cela il faudrait que cet acte puisse être coté et reconnu par les différentes caisses. Dans ce cas précis je pourrais envisager d'organiser avec ma collègue deux demi-journées par semaine, sur mes jours de repos, dédiées uniquement au tabac, afin d'assurer un suivi. » (CM3, infirmière libérale).

- La majorité des professionnels de santé éprouvent des difficultés dans la prise en charge du sevrage tabagique lorsqu'il s'agit de poly-consommations :

« Le plus difficile à mettre en pratique est de prendre en charge des poly-consommations. J'ai toujours quelques difficultés selon les cas. Dans ces cas-là, je préfère réorienter, car c'est au-delà de mes compétences. » (CA6, sage-femme).

« Il y a des profils de patientes compliquées à prendre en charge, comme les patientes qui consomment du Subutex, poly-addictifs, ou encore qui présentent des troubles psychiatriques. Effectivement, je ne suis pas très à l'aise face à cette situation car ce n'est pas mon cœur de métier. » (CM1, sage-femme).

Lors de ces entretiens, plusieurs freins dans l'accompagnement du patient fumeur ont été mis en lumière, et notamment un suivi paraissant difficilement réalisable. Une majorité des professionnels de santé interrogés se trouvent limités en ce qui concerne le suivi chez les patients fumeurs. Leurs difficultés sont liées à leur exercice professionnel, le manque de temps dédié, un manque de collaboration interprofessionnelle, et par le manque d'assiduité du patient. Ils ont alors tendance à orienter vers d'autres professionnels de santé pour leur suivi car il existe un manque d'intérêt de leur part de réaliser le suivi, ainsi qu'une absence d'initiation de traitement substitutif.

Les autres freins marquants sont les difficultés à avoir un discours adapté et le manque de confiance des nouveaux prescripteurs vis-à-vis de cette prise en charge, le manque de reconnaissance et d'encadrement.

L'absence de cotation d'acte pour sevrage tabagique semble également être un frein important.

Certains évoquent avoir, pour finir, des difficultés concernant la prise en charge des poly-consommations.

5.4. Analyse transversale selon les professionnels de santé.

5.4.1. Les représentations du tabagisme

Notre travail a permis de retrouver certaines représentations habituelles liées au tabagisme, représentations souvent négatives mais aussi positives. Il s'agissait également de changer quelques représentations bien enracinées. Une présentation de ces résultats selon la discipline ou le statut tabagique nous a paru intéressante, avant d'aborder la discussion.

Pour les infirmiers :

Sur les cinq infirmières rencontrées, une seule fume et une autre est ancienne fumeuse. Seule l'ancienne fumeuse évoque une représentation du tabagisme évoquant « *le plaisir* » ou encore « *la détente* » (CM3). Les autres infirmières, y compris la fumeuse active ont des représentations négatives. A la suite de la soirée, 4 d'entre elles sont « *plus à l'aise* », ont « *moins de jugement* » et sont « *plus en confiance* » face à un patient fumeur et ou en demande d'aide. La 5ème infirmière qui n'a aucune modification de sa représentation du tabagisme est une infirmière Asalée et rencontre des patients fumeurs au quotidien, ce qui fait partie de ses principales missions.

Pour les sages-femmes :

Au sein des cinq sages-femmes nous avons rencontré un maïeuticien. Ce dernier est non-fumeur comme la plus jeune des sages-femmes et tous les deux ont une représentation « *néfaste* » du tabagisme. Les trois autres sages-femmes sont, quant à elles, toutes anciennes fumeuses. Une évoque « *la mauvaise santé* » (CA5), et les deux autres « *la liberté* » (CM4) ou encore « *le plaisir* » (CA1).

Une ancienne fumeuse déclare que la soirée lui a fait comprendre que « *lorsqu'un patient ne veut pas arrêter ce n'est pas forcément de la mauvaise volonté* » et elle se sent « *plus efficiente* » (CA1).

Trois d'entre elles décrivent un changement dans leur perception et leur abord des fumeurs, elles sont « *plus empathiques face aux échecs du sevrage* » (CA6) ou encore « *moins culpabilisant* » (CM1) (CM4). Concernant l'ancienne fumeuse (CA5) avec une mauvaise représentation du tabagisme, cette dernière n'a observé aucune modification.

Pour les chirurgiens-dentistes :

Sur les cinq chirurgiens-dentistes interrogés, trois d'entre eux, non-fumeurs, ont une vision plutôt négative du tabac, le considérant comme une addiction, une drogue, un poison. Tous l'associent à une dégradation de la santé physique et psychologique, ils évoquent tous les conséquences parodontogingivales avec leurs patients et, pour certains des pathologies chroniques générales. Cependant, deux d'entre eux sont fumeurs occasionnels et voient plutôt le tabac comme quelque chose de festif et comme un moyen de détente.

A la suite des soirées d'information, quatre chirurgiens-dentistes affirment mieux comprendre les fumeurs et avoir un discours moins jugeant envers ces derniers. Cependant l'une d'entre eux a radicalement changé sa représentation des fumeurs. Elle les considère maintenant comme « *des drogués, qui ne savaient pas qu'ils allaient vers une drogue forte* » (CA9). Ils évoquent notamment une meilleure compréhension du phénomène d'addiction, de la difficulté pour eux d'arrêter, et du phénomène de craving.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes :

Aucun des masseurs-kinésithérapeutes n'est fumeur et ils ont tous une vision négative du tabac avec une notion de drogue, d'addiction, de mal être, de nuisibilité. À la suite de leur participation aux soirées d'informations, ils ont pu mieux comprendre le phénomène d'addiction, être plus empathiques et moins jugeants envers les patients fumeurs.

Si les représentations négatives liées au tabagisme sont majoritaires dans les images choisies par des soignants, ceux ayant eu une trajectoire de vie avec le tabac ont plus tendance à mobiliser des représentations positives comme la convivialité, le plaisir, la détente. Les formations ont moins tendance à modifier leurs représentations, leur vécu concret ayant sans doute plus de valeur et de poids.

De façon logique et dans le même esprit, les représentations ne sont pas modifiées pour les professionnels ayant une forte expérience de l'aide à l'arrêt du tabac, ce qui est le cas de l'IDE Asalée.

Les représentations sont donc principalement liées aux niveaux d'investissement déjà engagés dans la lutte contre le tabac, comme pour les infirmières Asalée, à leur vécu et à leur propre statut tabagique qu'à leur profession en elle-même.

5.4.2. Les stratégies pour aborder la question du tabac

Pour les infirmiers :

En termes de stratégie de prise en charge, l'infirmière Asalée n'avait pas de lacune avant sa participation à la soirée. En effet, aborder le sujet du tabagisme et orienter les patients faisait partie de son quotidien et de ses principales missions. La soirée n'a donc pas fait émerger de changement.

Pour l'infirmière en santé au travail, l'abord du sujet du tabagisme n'était pas une difficulté mais elle se « *retrouvait coincée* » (CM2) si le patient lui demandait de l'aide pour arrêter. De même, elle ne savait pas vers qui orienter les patients hormis leur médecin traitant.

L'infirmière libérale, fumeuse active, n'abordait pas le sujet du tabagisme car ne se sentait pas « *légitime* » (CM3) de leur proposer de l'aide du fait de son statut tabagique. La soirée lui a permis de « *reprendre confiance* » et d'aborder le sujet en fonction des patients rencontrés.

Concernant l'infirmière des Pyrénées Atlantiques, la soirée lui a permis d'organiser son temps afin de pouvoir aborder le sujet du tabagisme avec plus d'aisance. Elle adresse maintenant ses patients vers le centre d'addictologie le plus proche mais qui se situe à plusieurs dizaines de kilomètres. Elle explique qu'il s'agit d'un frein pour les patients et que très peu d'entre eux iront.

L'infirmière ancienne fumeuse repérait les patients fumeurs, mais n'allait pas plus loin dans sa prise en charge. Elle aborde maintenant systématiquement le sujet du tabagisme.

Pour les sages-femmes :

Le maïeuticien était, avant de participer à la soirée, peu insistant concernant le tabagisme, ce n'était « *pas son problème* » et il n'allait « *pas plus loin* » (CM1). Actuellement il aborde le sujet systématiquement et explique la physiopathologie de la dépendance au patient.

Les deux anciennes fumeuses aux représentations positives ont le même profil. Elles n'abordaient pas le sujet car « *n'avait pas le temps* », « *n'avait pas d'occasion* » et « *ne savait pas comment procéder* » (CM4) (CA1). Depuis la soirée, elles abordent le sujet du tabagisme avec plus ou moins de facilité. En effet, « *il est parfois difficile de trouver la motivation du patient* » (CA1)

La plus jeune des sages-femmes, issue de la Vienne, évoquait toujours le tabagisme « *mais seulement dans l'intérêt du bébé* » (CA6). La formation l'a rendue plus empathique et a modifié son discours.

La sage-femme du 64, ancienne fumeuse, était « *plus ou moins à l'aise avec l'abord du sujet* », elle avait des problèmes pour adapter son discours. La soirée lui a permis de « *rebooster ses connaissances et d'affiner* » son discours.

Pour les chirurgiens-dentistes :

Le plus jeune des chirurgiens-dentistes, qui exerce en milieu rural, fumeur occasionnel, et malgré sa participation antérieure à une formation axée sur les dangers du tabac, avoue ne jamais aborder le sujet du tabac avec ses patients, ne se sentant « *pas assez légitime, ni compétent* » (CM10). Il affirme même avoir un discours culpabilisant avec ces derniers. Les quatre autres, au contraire, disent évoquer facilement le sujet, mais se retrouvent devant une absence totale de demande d'aide de leurs patients fumeurs pour deux des dentistes. Les deux autres ont eu quelques demandes d'aide au sevrage tabagique mais les orientaient systématiquement vers leurs médecins généralistes ou vers des médecines alternatives telles que l'hypnose. Après avoir participé aux soirées d'information, ils estiment avoir un discours plus sûr, non culpabilisant, une facilité à aborder le sujet de l'arrêt du tabac.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes :

Quatre des masseurs-kinésithérapeutes interrogés évoquent avoir eu des difficultés à aborder le sujet du tabac avec les patients fumeurs. De plus, ils n'ont pas ou peu été confrontés à des demandes d'aide au sevrage tabagique. D'ailleurs, l'un d'eux précise le fait que « *les patients ne savent pas qu'ils ont le droit de prescrire des substituts nicotiques* » (CM9). Et ce, malgré la mise en place d'affiches de la

CPAM dans le but d'arrêter le tabac dans la salle d'attente du masseur-kinésithérapeute issu de la Vienne (CA10). Un seul masseur-kinésithérapeute abordait facilement le sujet du tabac, mais avait tendance à orienter les patients systématiquement vers leurs médecins traitants. Un autre orientait vers les CHU de proximité ou vers des groupes associatifs. La totalité précise qu'ils manquaient de connaissances, d'outils et de compétences sur le tabagisme et sur l'aide au sevrage.

Après avoir participé à une soirée d'information, ils sont unanimes quant au fait qu'aborder le sujet est beaucoup plus facile, voire systématique, et qu'ils sont plus à l'aise quant au discours à avoir vis-à-vis des patients fumeurs. Deux des kinésithérapeutes interrogés ont gagné en connaissances, mais un des deux estime que cela n'est pas suffisant. Cependant, les supports d'aide au sevrage délivrés lors de la soirée, ont été bénéfiques pour trois d'entre eux. Un masseur-kinésithérapeute de 54 ans évoque le fait qu'avant d'avoir participé à la soirée, il n'était pas au courant qu'il pouvait prescrire des traitements substitutifs nicotiques et souhaiterait être mieux formé à l'entretien motivationnel (CA10). Ce dernier a tendance à orienter les patients vers des médecines alternatives. Une des kinésithérapeutes oriente maintenant vers des réseaux d'addictologie, mais à la suite des retours des patients, il est mis en évidence des difficultés à obtenir des rendez-vous.

Concernant l'abord du sujet du tabagisme avec le patient, la soirée a permis d'améliorer la pratique de 17 participants. Chacun semble progresser vers plus d'implication. Celui qui ne faisait rien aborde plus le sujet. Celui qui l'abordait déjà oriente plus et mieux. Certains commencent à prescrire. L'infirmière Asalée accompagnait déjà et sa pratique a peu évolué, voire pas évoluée. Les plus loin du changement semblent les masseurs-kinésithérapeutes et dans une moindre mesure les chirurgiens-dentistes. Ils ne se sentent pas identifiés comme des ressources par les patients. Le manque de temps, le manque de formation et l'absence de demande du patient semblent les 3 obstacles transdisciplinaires. La majorité se sont engagés dans l'orientation vers les médecins traitants ou les structures spécialisées. Dans ce dernier cas, leur rareté, leur éloignement et leurs délais de rendez-vous constituent un obstacle important.

5.4.3. Les pratiques dans l'accompagnement des patients fumeurs

Pour les infirmiers :

Concernant la pratique, la prescription faisait partie du quotidien de l'infirmière ASALEE. Cependant elle avait des difficultés à réaliser un suivi adéquat des patients. Aucun changement concernant le suivi des patients n'a été engendré au décours de la soirée.

L'infirmière en santé du travail qui ne prescrivait pas, se sent prête et « *attend* » son premier patient. Elle n'a pas encore eu l'occasion de rencontrer des salariés demandeurs d'aide. Elle déplore également

que la problématique de l'alcoolisation sur le lieu de travail soit prioritaire à celui du tabagisme. Malheureusement, malgré l'absence de prescription, elle déclare que le suivi des salariés sera très complexe voire impossible à réaliser. En effet, les salariés rencontrent habituellement l'infirmière en santé du travail tous les 5 ans et tous les 2 ans, si une indication particulière le nécessite. Cette période est trop longue pour instaurer un suivi adéquat. A la suite de sa participation à la soirée, l'infirmière en santé du travail qui voulait agir pour les salariés en demande d'aide souhaite organiser des événements autour de la prévention primaire et secondaire concernant le tabagisme.

Avant sa participation à la soirée, une infirmière ne savait pas qu'elle pouvait prescrire des TNS à ses patients. Aujourd'hui, elle oriente les patients mais ne se sent pas encore assez compétente pour prescrire et organiser un suivi. Elle envisage de s'inscrire au DU d'addictologie.

L'infirmière ancienne fumeuse travaille désormais avec la présentatrice de la formation qui est la référente en addictologie de son secteur. Elle adresse désormais les patients vers cette dernière ou vers l'infirmière Asalée de sa maison de santé mais ne prescrit pas de TNS. Depuis sa participation à la soirée, elle a organisé une journée portes ouvertes au sein de la maison de retraite lors du #MoisSansTabac qui a rassemblé plusieurs patients.

L'infirmière fumeuse n'avait jamais prescrit de TNS avant la soirée. Cette occasion s'est présentée à 2 reprises depuis la soirée. Cela ne l'a pas mis en difficulté mais elle ne pense pas qu'un suivi soit réalisable. Elle ne dispose « *pas du temps nécessaire* » (CM3) et ne se sent pas assez compétente pour un suivi au long cours. Malgré tout, elle a suivi la formation Éducation Thérapeutique du Patient à la suite de cette soirée afin de disposer de plus d'outils.

Pour les sages-femmes :

Le maïeuticien ne prescrivait pas car il n'avait pas de demande d'aide et estimait que ce « *n'était pas son travail* » (CM1). Il a actuellement prescrit à plusieurs reprises mais n'a pas initié de suivi car il « *ne reverra pas les patientes* ». Le suivi ne serait pas « *compatible avec ma profession* » (CM1).

Les deux anciennes fumeuses qui avaient une représentation positive du tabac ont toutes les deux prescrit pour la première fois grâce aux supports délivrés lors de la soirée. Elles évoquent également le problème du suivi « *par manque de temps* » (CM4) mais « *je vais plus loin dans ma prise en charge* » (CA1).

La plus jeune des sages-femmes, avait l'habitude de prescrire mais ne savait pas comment adapter le traitement par TNS notamment lors de l'apparition d'effets secondaires. Elle sait maintenant comment réagir et se sent moins démunie. Elle ne constate aucune modification concernant le problème de la réalisation d'un suivi efficace. Lorsqu'elle se retrouve dans une impasse, elle oriente ses patients.

Malgré une prise d'assurance de la part de la sage-femme du 64, elle ne prescrit jamais de TNS et oriente toujours ses patientes vers un tabacologue. Elle « *n'est pas assez à l'aise* » (CA5).

Pour les chirurgiens-dentistes :

Pour trois des chirurgiens-dentistes, les soirées d'information leur ont donné plus de confiance en eux, et leur ont donné envie d'instaurer un traitement et un suivi, ce qu'ils ne faisaient pas avant car ils éprouvaient de grandes difficultés dans la prise en charge globale du patient fumeur, de part « *le manque de compétences* » (CA7).

Une chirurgienne-dentiste (CD) de 60 ans, non fumeuse, exerçant en zone rurale, évoque qu'avoir assisté à ces soirées d'information lui a permis de se rendre compte que pendant des années son approche des patients fumeurs était contre-productive. En effet elle confisquait les cigarettes des patients en consultation (CA9). Assister aux soirées lui a fait prendre conscience de son manque de compétence en matière de sevrage, et depuis, ne prend plus en charge les patients et les oriente systématiquement.

La CD de 31 ans, non fumeuse, exerçant en milieu rural, dit présenter les mêmes difficultés concernant la prise en charge du patient tabagique, ne s'estimant pas assez compétente et avoir trop peu d'expérience dans ce domaine (CA7). Elle oriente alors ses patients vers les médecins généralistes.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes :

Les cinq masseurs-kinésithérapeutes (MK) interrogés ne prescrivaient jamais de TNS et ne s'impliquaient pas du tout dans la prise en charge du patient tabagique. Un des MK déplorait le « *manque de contact avec les professionnels de santé spécialisés* » (CM9) avant d'assister à cette soirée.

Un MK de 34 ans, exerçant en Gironde s'est inscrit au DU "Prise en charge cardio-respiratoire par les MK " et a réalisé son mémoire sur "La prescription des TNS par les MK libéraux" (CM9). Il est impliqué dans la prise en charge de ses patients fumeurs, mais l'occasion d'une prescription ne s'est pas beaucoup présentée. Il déplore un manque de demande de la part des patients.

A contrario, une jeune MK exerçant dans le 64, parle d'un « *manque de temps dédié à cette prise en charge* » (CA8).

Une MK exerçant en Gironde, déplore le manque de reconnaissance de ses patients qui "ne la croient pas" quand elle leur propose de l'aide.

Une MK pense ne pas être assez compétente pour prescrire des TNS, et a plutôt tendance à orienter vers d'autres professionnels de santé tels que les médecins généralistes (CA4).

Un homme MK de 54 ans, n'a constaté aucune modification et se sent toujours aussi perdu dans la prise en charge des patients fumeurs et ne sait pas où les orienter.

Pour finir, leur participation à la soirée leur a permis d'initier des TNS et instaurer un suivi pour deux d'entre eux. L'intégralité des MK déplore l'absence de cotation pour la prescription et le suivi d'un patient tabagique. Cette cotation leur permettrait d'aménager leur temps de travail.

Dans le nuage de mot global incluant tous les entretiens, les 5 mots les plus cités ont été respectivement « soirée » (175 citations), « patients » (156 citations), « tabac » (112 citations), « formation » (103 citations) et « sevrage » (86 citations).

Nous avons également réalisé des nuages de mots par profession, afin de mettre en évidence les termes les plus employés. Ainsi, dans le nuage de mots des sages-femmes (**Annexe 5**), nous voyons apparaître de façon spécifique, les mots « difficile » (15 citations), « grossesse » (11 citations) et « systématique » (10 citations). Chez les CD (**Annexe 6**), « jamais » est cité à 12 reprises, « temps » est cité 9 fois et le mot « facile » est cité seulement à 4 reprises. Le nuage de mots-clefs des IDE (**Annexe 7**), met en évidence les mots « prescrire » (14 citations), « patch » (10 citations) et « difficile » (8 citations). Chez les MK (**Annexe 8**), nous retrouvons 9 citations respectivement pour les 2 mots « cas » et « cliniques ».

6 DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les changements induits par les soirées d'informations délivrées par l'Assurance Maladie Nouvelle-Aquitaine auprès des participants, en termes de représentations, de stratégies et de pratiques autour de l'accompagnement à l'arrêt du tabac.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les informations appropriées à garder ou à compléter, ainsi que de mettre en avant les forces et les limites des soirées au travers du ressenti déclaré des participants. Notre étude vise également à apporter des éléments contributifs à l'amélioration des soirées d'informations, ainsi qu'à la stratégie globale d'implication des professionnels de santé dans l'arrêt du tabac.

6.1. Les limites de notre étude

6.1.1. A propos des soirées

L'Assurance Maladie Nouvelle Aquitaine a délivré 35 soirées au sein des 12 départements de Nouvelle Aquitaine. Les soirées étaient composées de groupes allant de 4 personnes (à Isle près de Limoges) à 33 personnes à Bayonne, toutes professions confondues. Un total de 573 participants a pu être ainsi formé. L'idée de départ était de disposer d'un corpus pédagogique commun pour toutes les soirées. Celui-ci a été soumis à l'ensemble des intervenants pour avis. Malgré cela, certains intervenants s'en sont parfois détachés, pour développer certains points et leurs propres idées. Ceci n'est toutefois intervenu qu'à la marge, sur 3-4 formations, mais constitue une limite de l'homogénéité des idées clés transmises. Certains propos tenus, favorables ou défavorables, peuvent être ainsi liés à ces contextes singuliers.

L'objectif était d'organiser des formations multidisciplinaires permettant de réunir une communauté professionnelle territoriale. Tous ces professionnels interagissent avec les mêmes patients et peuvent compléter et coordonner leurs interventions. Ceci était d'autant plus important que les soirées étaient également prévues pour présenter le projet L.A.S.T Tabac. La difficulté de coordination entre caisses primaires indépendantes a fait que certaines d'entre elles ont choisi de développer des formations pour une seule discipline, le plus souvent pour les sages-femmes, par exemple.

Les délais trop courts et l'absence de relance peuvent être responsables de la faible mobilisation des professionnels sur quelques soirées.

La jauge des formations a été ainsi très variable amenant à des avis divergents : trop ou pas assez de participants, avec un impact sur les interactions plus ou moins possibles et intéressantes.

Ainsi, la diversité des appréciations des participants peut être liée à des variations de contenus et d'organisation et pas seulement à des variations individuelles ou selon les professions.

6.1.2. A propos de la méthode :

Nous avons choisi de contacter les participants par mail. Nous possédions, à la suite de l'émargement des participants, la quasi-totalité de leurs courriels. Cependant, les feuilles d'émargement du groupe de la Charente-Maritime ont été égarées. En Creuse et en Charente (département 16), aucun émargement n'a été réalisé. De plus, dans les groupes de Cognac, Saintes et Rochefort, les participants n'ont communiqué ni numéro de téléphone, ni adresse courriel. De ce fait, et malgré les 62 participants aux soirées, le département de Charente Maritime n'a pas pu être contacté et représenté dans notre étude.

De plus, les adresses étaient manuscrites et, après envoi d'un courriel afin de leur proposer un entretien, plus de 61 adresses étaient « introuvables ».

Parmi les 191 mails finalement envoyés, seulement 37 personnes nous ont répondu. Parmi les réponses, certains interlocuteurs ne souhaitent pas participer à notre thèse. Concernant notre recrutement pour notre étude, nous observons un biais de volontariat, car les participants aux entretiens ont été sélectionnés par ce moyen. Malgré ces limites, notre échantillon a été malgré tout raisonné, du fait du grand nombre de participants accessibles.

Nous souhaitions initialement réaliser des entretiens en face à face avec les participants afin de bien visualiser leurs expressions, et pouvoir prendre le temps lors des entretiens. Dans le contexte de l'épidémie de la COVID 19 et du 1^{er} confinement, 10 entretiens ont été réalisés en visio-conférence. Lors de ces entretiens, nous avons pu observer un biais de recueil de données. En effet, nous avons noté que les réponses des participants étaient plus brèves. En effet, les entretiens par visio-conférence ont duré en moyenne 38,7 minutes versus 55,4 minutes lors des entretiens en face à face. Nous retrouvons une différence de 16,7 minutes par entretien.

D'autres biais sont inhérents à la méthode et sont difficilement contrôlables. On peut citer principalement le biais de désirabilité sociale amenant les participants à répondre selon ce qui leur paraît attendu et conforme à ce qu'ils devraient faire. On peut évoquer également l'effet Hawthorne classique chez les sujets se sachant enquêtés (25). De même, nous n'avons pas l'expérience de ce type d'entretiens, et les relances et la neutralité n'ont pas toujours été bien maîtrisées.

6.2. Les forces de l'étude

6.2.1. Les soirées

A notre connaissance, c'est une des premières fois que l'Assurance Maladie coordonne ce type de projet, pour faire suite aux possibilités de prescriptions offertes à certains PS. Chaque CPAM est indépendante, et il a fallu coordonner les 13 caisses départementales autour d'un projet commun de formation. La

sollicitation de la COREADD NA, dont l'expertise est reconnue dans l'accompagnement des fumeurs de tabac en soins de premier recours, a permis le développement du contenu de la formation et l'évaluation. Comme souligné, un point fort est la recherche d'une homogénéité des informations transmises, en conformité avec les dernières données de la science, mais aussi en conformité avec ce qui est faisable en soins primaires. Une force était aussi d'essayer d'aller au-delà d'une simple évaluation de la satisfaction, par une recherche mixte, quantitative et qualitative, permettant d'essayer de comprendre les ressentis des participants.

6.2.2. Le choix du recrutement

Parmi ces volontaires, nous voulions que les professions soient toutes représentées de façon à peu près équilibrée, et nous avons pu sélectionner cinq participants de chaque profession. Bien que les études qualitatives ne cherchent pas à recruter une population représentative nous avons un homme pour 3 femmes, ce qui correspond à peu près à ce qui émerge de la littérature pour les professions concernées (31,45%) (26-29).

6.2.3. Le choix d'une étude qualitative

Nous avons fait le choix de la méthode qualitative qui nous permettait d'analyser les changements induits et le ressenti des professionnels dans leur implication dans le sevrage tabagique des patients après participation à la soirée. Cette méthode est particulièrement pertinente en complément d'une étude quantitative, réalisée par ailleurs.

Le mode semi-dirigé choisi nous permettait de mener notre entretien en face à face à l'aide de notre grille d'entretien (**Annexe 3**). Les différents thèmes de notre grille n'étaient pas nécessairement abordés dans l'ordre. Nous nous adaptions au discours du participant et nous le relançons quand cela nous paraissait justifié sans en influencer les réponses (21).

Nos objectifs étaient de retranscrire l'expérience et le ressenti du participant grâce à l'entretien semi-dirigé et aux questions ouvertes qui lui laissent une liberté d'expression (22). Nous avons également retranscrit le langage « non-verbal ». La durée importante des entretiens et l'utilisation d'images pour varier les approches, sont des éléments en faveur de la qualité des entretiens.

6.2.4. L'analyse des entretiens

La grille COREQ et ses 32 items (30) nous a aidé dans la construction de notre méthode.

Nous avons réalisé une triangulation des données, notre étude étant couplée à une étude quantitative sur la même population.

Nous avons atteint la saturation des données lors du 14^{ème} entretien avec l'absence de création de nouveaux nœuds. Toutefois il est très probable que la saturation des données n'est pas atteinte pour chaque profession, malgré la durée des entretiens.

Nous avons réalisé une triangulation des chercheurs, codant chacune simultanément l'ensemble des verbatims afin de limiter le biais d'interprétation.

La triangulation des sources a été réalisée auprès des 20 participants interrogés, de professions et de territoires différents.

Une triangulation écologique a été réalisée. Nous avons renvoyé les entretiens retranscrits comprenant les verbatims aux participants qui le désiraient afin qu'ils y apportent des modifications s'ils le jugeaient nécessaire.

Sur les 20 participants, seulement 3 ont souhaité relire leur entretien retranscrit. Malheureusement, nous n'avons aucun retour concernant les retranscriptions envoyées.

6.3. Analyse comparative avec la littérature et le travail quantitatif : freins et leviers à la prise en charge des patients fumeurs.

6.3.1. Les freins à la prise en charge des patients fumeurs selon les professionnels de santé :

Nous retrouvons des similitudes dans les résultats de l'étude quantitative de Claire Loizeau et Quentin Jacquot (31) en termes de freins à la prise en charge des patients.

La prise en charge des patients fumeurs, avant la participation aux soirées, était « très rarement » ou « jamais » réalisée pour la majorité des CD et des MK. Cette difficulté s'explique par plusieurs problématiques :

- Concernant le manque de formation sur le sujet, il s'agit du principal frein mis en évidence dans le travail quantitatif avant l'absence de demande d'aide. Les MK, en majorité, souhaiteraient être davantage impliqués dans le sevrage tabagique mais déplorent un manque de formation et d'encadrement. De nombreuses études mettent en avant le fait que la formation des soignants est indispensable, et permet de faire évoluer les représentations des patients fumeurs (30,32) et améliorer au mieux leur prise en charge.
- La demande d'aide de la part des patients est variable en fonction du professionnel de santé qu'ils rencontrent. 60% des MK et 87% des CD ne reçoivent pas de demande d'aide des patients fumeurs. Au sein de notre travail, les mêmes professionnels évoquent cette problématique. Nous constatons que les professionnels de santé qui reçoivent le moins de demande d'aide de la part de leurs patients fumeurs sont les PS fumeurs. Le guide de l'OMS évoque également la légitimité des professionnels de santé fumeurs à proposer de l'aide à leurs patients comme souligné par 4 participants. En effet, « *les professionnels de santé qui fument sont moins enclins à promouvoir le sevrage ou à s'engager*

dans la lutte anti-tabac » (33). Les professionnels seraient moins crédibles auprès de leurs patients (34) et se sentiraient moins légitimes. Nous pouvons penser que leur statut de fumeur les freine à proposer leur aide.

Une étude concernant « L'influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac » met en avant que les médecins fumeurs demandent moins souvent à leurs patients s'ils fument et s'ils envisagent d'arrêter de fumer. Les médecins fumeurs se différencient des non-fumeurs et des ex-fumeurs en pensant souvent que leur tabagisme n'a pas d'influence ou favorise la communication avec le patient. Cette étude conclue que les formations à la prévention du tabagisme auprès des médecins généralistes doivent tenir compte du statut du soignant (35).

Il paraît important de développer la stratégie de marketing social pour informer la population sur les compétences et la légitimité de ces PS pour les aider à arrêter le tabac. L'étude de Lucie Crevoisier (15,36) montre que les professionnels de santé fumeurs ont moins tendance à accompagner les fumeurs et ont moins confiance dans l'efficacité des aides.

Le fait que les patients pensent pouvoir arrêter leur consommation de tabac seuls a également été mis en évidence dans la thèse de Lucie Crevoisier (15).

- Le manque de temps a été également mis en avant comme un obstacle majeur dans l'étude qualitative et est largement évoqué par les IDE. Afin de faciliter le travail du professionnel de santé, l'HAS propose une aide par le Repérage Précoce et à l'Intervention Brève (RPIB) concernant la consommation de tabac des patients (37). Cette démarche dure moins de 5min et permettrait d'être appliquée à tous les patients fumeurs. De plus, une telle information, si brève soit-elle, augmente les chances d'arrêt du fumeur de manière significative (38).

De plus, en s'appuyant sur les recommandations de l'ATS de juillet 2020 aux États Unis, le manque de temps ne serait plus un frein dans la prise en charge des patients fumeurs. En effet, il est recommandé de proposer systématiquement au patient la Varénicline ou un TNS même s'il n'est pas prêt à arrêter. L'initiation précoce d'un traitement limiterait et contrôlerait le craving du patient qui serait plus à même d'envisager l'arrêt du tabac. Ainsi, l'obstacle du manque de temps pourrait être diminué (39).

Ces 3 premiers freins mis en avant concernant la prise en charge des patients fumeurs sont soulignés également par Lucie Crevoisier (15,36) et par Paula Alvarez (13), au niveau des professionnels de santé de Nouvelle-Aquitaine.

- L'abord du tabagisme n'est pas perçu comme un « sujet prioritaire » par certains participants rencontrés car il ne s'agit pas de leur principale action et notamment par les professionnels de santé fumeurs.
- La difficulté d'accès aux soins spécialisés, largement vécu par les PS, est aussi un obstacle au repérage. Le travail en réseau est un levier pour l'implication de l'ensemble des professionnels de santé et le projet L.A.S.T Tabac est un outil majeur afin d'aider les PS à repérer, prendre en charge

et orienter au mieux les patients. Nous remarquons que cette plainte est principalement formulée par les professionnels de santé exerçant en zone rurale ou semi-rurale.

- Dans le travail quantitatif, 42.86% des participants sont « satisfaits » et 34.79% « très satisfaits » concernant l’item « comment assurer le suivi des patients » (31). Cependant, dans notre travail l’intégralité des professions rencontrent des difficultés avec la réalisation d’un suivi adapté. Nous supposons que la mise en pratique des informations délivrées lors des soirées est plus complexe au quotidien. En effet, les SF expliquent qu’elles ne sont pas toujours amenées à revoir leurs patientes. De la même manière, les CD rencontrent la majorité de leurs patients de façon annuelle. Concernant les IDE et les SF, le frein principalement mis en avant est le manque de temps et d’organisation.
- Pour les MK et les IDE, l’absence de cotation et donc de temps dédié est un blocage assez systématiquement relevé. Ceci est à envisager différemment pour les IDE Asalée, qui ont la prise en charge du tabac intégrée dans leurs missions. Ceci est moins systématiquement souligné pour les SF et les CD.

- Au sein des freins à l’accompagnement des patients fumeurs nous retrouvons également :
 - L’absence de désir de sevrage du patient ;
 - Le patient fumeur ne sait pas que le PS peut l’aider, les CD et les MK sont les plus nombreux à soulever cette problématique ;
 - Le patient fumeur ne connaît pas les différentes aides disponibles ;
 - Le patient fumeur ne sait pas que les TNS sont remboursés ;

- Dans son travail de mémoire intitulé " La prescription des TNS par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux", le kinésithérapeute de Gironde met en avant plusieurs points après le recueil de 156 réponses au questionnaire envoyé :
 - Les données de la Direction de la Recherche des Études, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) datant de janvier 2017 estime que les MK libéraux sont plus de 11 fois plus nombreux que les SF libérales. Il s’interroge alors sur le fait que les MK libéraux prescrivent près de 4 fois moins.
 - Son travail met en avant que 30% des masseurs-kinésithérapeutes interrogés n'avaient pas connaissance de leur droit à la prescription.
 - Parmi ceux qui en avait connaissance, les principaux freins à la prise en charge des patients fumeurs sont : le manque de connaissance sur le tabac en général, sur la prescription. De plus, il met en avant que certains MK ne se sentent pas concernés par les enjeux du tabac (40).

6.3.2. Les leviers à la prise en charge des patients fumeurs par les professionnels de santé :

La thèse de Quentin Jacquot et Claire Loizeau (31) vient renforcer nos données concernant les facteurs facilitant l'implication des PS :

- La proximité du PS avec ces patients a été mise en avant par les IDE. La difficulté d'accès aux soins spécialisés met le PS en 1^{ère} position pour aider les patients fumeurs. Certains PS rapportent que la distance entre le domicile et le lieu de prise en charge est importante pour les patients et présente un frein notable en zone rurale. En effet, les patients sont plus réticents à une prise en charge spécialisée si celle-ci ne se déroule pas proche du domicile ;
- L'acquisition de connaissances sur le tabagisme et sa prise en charge a été largement évoquée par l'intégralité des professions. Les professionnels souhaiteraient développer leurs connaissances concernant la cigarette électronique ainsi que les méthodes de sevrage non médicamenteuses ;
- L'acquisition de supports ou d'ordonnances toutes faites est également reconnue comme un facteur facilitant la prise en charge ;
- Les MK sont les plus nombreux, devant les IDE à évoquer que la cotation d'un acte pour la prise en charge des patients fumeurs serait un levier pour l'implication de ces PS ;
- Faciliter l'accès aux soins spécialisés est principalement évoqué par les SF et les MK ;

Malgré leur statut tabagique et leurs professions différents, les participants avaient en commun la volonté d'apprendre et de rencontrer d'autres professionnels de santé afin d'accompagner de façon plus adaptée leurs patients usagers de tabac.

Au sein du travail quantitatif, nous retrouvons une satisfaction de la soirée par les participants très satisfaisante chez plus de 80% d'entre-deux. Nous avons posé la même question à distance de la soirée aux participants rencontrés et la satisfaction reste toujours bonne.

Les formations ont tendance à faire avancer dans les 5A : celui qui ne faisait rien, repère et oriente ; celui qui repérait, prescrit et accompagne plus.

Pour ceux qui se sont lancés, les retours positifs les encouragent à poursuivre et à aller au-delà. Cependant certains se retrouvent face à des difficultés. Nous constatons que le contexte organisationnel est fondamental.

Il est clair qu'un PS qui va accompagner complètement un patient va automatiquement lever les obstacles de l'orientation et de ses difficultés.

Bien que minoritaires, certains PS ont peu changé leurs pratiques pour les raisons déjà évoquées lors du repérage. Ceci au sein des quatre professions. Ce moindre investissement peut correspondre à des enjeux plus personnels que liés à la discipline.

Figure 3 : Synthèse des facteurs influants sur la pratique

	MK	IDE	CD	SF	IDE Asalée
Participations aux soirées	Levier	Levier	Levier	Levier	Levier
Le temps	Frein	Frein	Frein	Frein	Sans impact
Possibilité de cotation	Frein	Frein	Sans impact	Sans impact	Sans impact
D'autres priorités que le tabac	Frein	Frein	Frein	Frein	Sans impact
Patient non-demandeur d'aide	Frein	Frein	Frein	Sans impact	Sans impact
L'habitude de prescrire	Frein	Frein	Levier	Levier	Levier
La possibilité de suivi du patient	Levier	Levier	Frein	Frein	Levier
Formations complémentaires	Levier	Levier	Levier	Levier	Levier
Accès aux soins spécialisés	Exercice en milieu rural ou semi-rural				
Statut tabagique du PS	Si PS fumeurs → manque d'implication				

Levier

Freins

Sans impact

6.3.2. Objectifs secondaires :

6.3.2.1. Identifier les informations appropriées et les informations manquantes

Au sein des **informations appropriées** par les participants nous retrouvons principalement les notions de physiopathologie de l'addiction avec :

- Le mécanisme de l'addiction et du pic nicotinique cité à 5 reprises ;
- La mise au point sur certains idées reçues ;
- Diverses informations concernant les TNS ;
- Les informations à délivrer aux patients.

Certains professionnels ont découvert, tout simplement, la légitimité qu'ils avaient à accompagner les fumeurs vers l'arrêt du tabac.

Concernant **les informations manquantes** lors de la soirée nous retrouvons beaucoup de similitudes entre les participants. Ces derniers auraient souhaité en savoir plus sur :

- Les méthodes alternatives non médicamenteuses telles que l'hypnose, acupuncture ou l'homéopathie et disposer d'un réseau de professionnels ;
- Le sujet de la cigarette électronique ;
- La prise en charge des patients fumeurs de cannabis et poly-consommateurs ;
- La gestion de l'anxiété des patients en cours de sevrage ;
- Le projet L.A.S.T Tabac plus détaillé.

Toutefois, la plupart se sont dit satisfaits du contenu.

6.3.2.2. Identifier les forces et les limites des soirées d'information

En accord avec la thèse quantitative, nous retrouvons un grand nombre de participants satisfaits des soirées d'informations : 80% de participants « satisfaits » et « très satisfaits » pour 17 participants satisfaits sur 20 dans le travail qualitatif.

Il nous paraît plus contributif de relever les limites soulignées par les participants :

- L'absence de mise en pratique des connaissances avec des jeux de rôle ;
- Le fait d'être prévenu "au dernier moment" et par un seul mail ;
- Les attentes différentes entre des PS déjà bien avancés et d'autres débutants ;

Les autres limites ne sont citées que par un participant et peuvent être totalement opposées, comme la durée, trop courte ou trop longue, le nombre de participants trop élevé ou trop bas pour une jauge équivalente, le caractère multidisciplinaire demandé ou regretté.

Les participants citent plus de deux fois plus de forces que de limites et sont demandeurs d'autres soirées de ce type. Le travail dans une communauté de professionnels au sein d'un réseau est également souligné par certains comme un facteur de confiance et de sécurisation.

La mise en pratique des notions acquises au cours des soirées pourrait permettre d'améliorer l'abord du tabagisme et maximiser la confiance en soi des professionnels de santé. Cependant, sur une soirée courte, il paraît difficile de vouloir agir sur les compétences. Il est important que les professionnels de santé participent aux soirées d'information susceptibles de lever certains obstacles, et d'encourager l'acquisition de nouvelles compétences.

6.3.3. Objectif tertiaire : comment améliorer les formations ?

Nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Planifier les formations longtemps à l'avance et relancer les PS avec différents médias ;**
- **Des formations sous différents formats : soirées, demi-journées, journées, selon les besoins des participants ;**
- **Des organisations différentes : en présentiel, en distanciel, des tutoriels ;**
- **Des supports complémentaires pour aider à la pratique ;**
- **Des formations proposant des décisions partagées avec le patient entre un arrêt immédiat et une réduction contrôlée progressive, sans doute plus faciles à négocier ;**
- **Des formations aux postures favorisant le changement : RPIB, entretiens motivationnels...**
- **Des ateliers d'échanges autour de situations amenées par les participants ;**
- **Soutenir la confiance et sécuriser les PS par l'organisation des L.A.S.T en communautés territoriales se mobilisant pour aider les fumeurs et incluant les ressources ;**
- **Intégrer des informations sur les méthodes complémentaires : hypnose, acupuncture, homéopathie ;**
- **Proposer l'aide d'une personne ressource en ligne ;**
- **Faciliter les parcours de soins pour les PS qui continuent à orienter.**
- **Idéalement passer au vert toutes les cases de la figure 3**

7 CONCLUSION

Le 4 février 2021, à l'occasion de la journée mondiale contre le cancer et des 8èmes Rencontres de l'Institut national du cancer, le Président de la République a dévoilé la stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 qui prend la suite des 3 premiers plans cancer. Sa mise en œuvre fut retardée en raison de la pandémie de la Covid-19 en 2020 et présente des objectifs ambitieux. Ce plan disposera d'un renforcement du budget à hauteur de 1,74 milliards d'euros pour sa première feuille de route 2021-2025, soit une augmentation de 20% par rapport au financement du plan antérieur (41). Une des priorités de ce plan cancer est la réduction du tabagisme en France. L'objectif principal est de faire émerger, d'ici 2030, une génération sans tabac, en poursuivant l'augmentation des prix, en augmentant le nombre d'espaces sans tabac, en multipliant les campagnes d'information et de communication, et en proposant un meilleur accompagnement des personnes qui sont dans une démarche d'arrêt du tabac (42).

La prise en charge des patients fumeurs est un sujet prioritaire en termes de santé publique. De nombreux professionnels de santé sont impliqués et souhaitent aider au mieux les fumeurs.

Cependant, leurs connaissances et leurs pratiques nécessitent un complément de formation pour optimiser cette prise en charge et l'inclure dans leur pratique quotidienne.

Dans nos résultats, nous constatons que la participation des PS aux soirées d'information délivrées par les 13 Caisses Primaires de l'Assurance Maladie de Nouvelle-Aquitaine, a entraîné des modifications. Les représentations des PS sur leurs patients fumeurs ont évolué. Le respect et l'absence de jugement sont fondamentaux et les données qualitatives font penser que la majorité des PS sont plus dans l'empathie. De la même manière, les stratégies d'abord du tabagisme paraissent moins complexes et plus accessibles aux soignants.

Concernant la prescription des TNS, nous observons une augmentation de ces dernières. Cependant, certains PS ne sont pas encore à l'aise avec la prescription et sont demandeurs d'un complément de formation.

Les principaux freins mis en évidence sont l'impossibilité de réaliser un suivi, le manque de temps, le manque de formation, l'incompatibilité avec leur vision de leur métier ou encore l'absence de cotation d'un acte dédié à la prise en charge des fumeurs de tabac.

Notre travail a souligné les nombreux points positifs et les quelques limites des soirées d'information. Même si tous les PS ne sont pas volontaires et motivés pour ces formations, la mobilisation de 573 participants sur quelques mois est en soi une réussite. Ils ont tous reçus des informations validées et

harmonisées. En effet, le fait que tous les PS délivrent aux patients des informations convergentes ne peut que renforcer leurs discours.

Bien sûr, ces soirées ne peuvent être qu'un des moyens d'une vaste organisation touchant aussi bien les fumeurs que les PS, la ville et l'hôpital, afin de lutter contre ce fléau constituant le premier facteur de morbi-mortalité dans les pays industrialisés.

8 BIBLIOGRAPHIE

1. SPF. Chiffres du tabac /Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac>.
2. Bonaldi C. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. Estimation du nombre de décès attribuable au tabagisme en France de 2000 à 2015. 2019 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_2.html.
3. SPF. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 26 mai 2020, n°14 Journée mondiale sans tabac 2020 [Internet]. [cité 23 janv 2021]. Disponible sur : [/import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-26-mai-2020-n-14-journee-mondiale-sans-tabac-2020](http://import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-26-mai-2020-n-14-journee-mondiale-sans-tabac-2020).
4. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
5. HAS. Sevrage tabagique : des outils pour repérer et accompagner les patients. Haute Aut Santé [Internet]. 5 nov 2018 [cité 16 avr 2020]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974738/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner-les-patients.
6. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. oct 2014;562.
7. OFDT Tableau de bord des indicateurs relatifs au tabac et au tabagisme en France [Internet]. 2019 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-tabac/>.
8. Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. OFDT Obs Fr Drogue Toxicom. févr 2019;9.
9. EGO_2018_193_16.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: http://solr.gmsante.fr/EGO/2018/193/EGO_2018_193_16.pdf.
10. Pasquereau A, Quatremère G, Guignard R, Andler R, Verrier F, Pourchez J, Richard JB, Nguyen Thanh V. Baromètre de Santé publique France 2017. Usage de la cigarette électronique, tabagisme et opinions des 18-75 ans [Internet]. Santé publique France. 2019 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/enquetes-etudes/barometre-de-sante-publique-france-2017.-usage-de-la-cigarette-electronique-tabagisme-et-opinions-des-18-75-ans>.
11. Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac | Arrêt tabac [Internet]. [cité 23 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.last-na.fr/>.
12. Assurance Maladie Gironde. Prescription des substituts nicotiques en région Nouvelle Aquitaine entre Janvier 2017 et Septembre 2020.
13. Alvarez P. Impact de la visite des jeunes généralistes installés libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie : étude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux; 2018.ac.
14. Brousse P, Bonnay A. Perceptions des fumeur·ses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal : Enquête qualitative auprès des fumeur·ses au stade d'intention et préparation. [Thèse de doctorat]. Université de Bordeaux; 2019.
15. Crevoisier Lucie. Etude des freins et les leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens à l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac en Nouvelle Aquitaine [Thèse de doctorat]. Bordeaux; 2019.
16. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Rev Med Suisse. 2004; volume O. 24011.

17. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A-M., Imbert P., Letrilliart L. et al. L'introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008; 19(84):142-5.
18. Tong A., Sainsbury P., Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups *Int J Qual Health Care* 2007; 19(6):349-357.
19. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*. 1994 ; 23:147-81.
20. Letrilliart L., Bourgeois I., Vega A., Cittée J., Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative : première partie. *Exercer*. 2009 ; 87:74-9.
21. Scribbr. Codages pour les entretiens semi-directifs et directifs-Méthodes et exemples. 2018 (en ligne). <https://www.scribbr.fr/methodologie/codage-entretiens/>.
22. Berger E., Crescentini A., Galeandro C., Mainardi Crohas G. La triangulation au service de la recherche en éducation, exemples de recherches dans l'école obligatoire. Actes du congrès de l'actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF). Université de Genève. 2010.
23. Letrilliart L., Bourgeois I., Vega A., Cittée J., Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative : deuxième partie. *Exercer*. 2009 ; 88:106-112.
24. H Jacques Fischer-Lokou, Gilles Pinte. L'effet Hawthorne. *Le Cercle psy*, Éditions Sciences humaines, 2017, Novembre/décembre (6), pp.22-24.
25. Rapport_demographie_2017.pdf [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf.
26. Gall FL. 1978-2014: démographie et suivi d'installation des chirurgiens dentistes diplômés de l'UFR d'odontologie de Brest depuis sa création. :156.
27. Données démographiques de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>.
28. Personnels et équipements de santé – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 26 nov2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303478?sommaire=3353488#documentation/>.
29. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
30. Braun BL, Fowles JB, et al. Smoking-related attitudes and clinical practices of medical personnel in Minnesota. *Am J Prev Med* 2004 ; 27:316-22.
31. Jacquot_Q, Loizeau C. Etudes des freins et des leviers des professionnels de santé à s'impliquer dans l'accompagnement de leurs patients dans l'arrêt du tabac, en Nouvelle-Aquitaine. Bordeaux; 2021.
32. Olivier D, Lubman DI, et al. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: biopsychosocial perspective. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41:572-80.
33. WHO Tobacco Free Initiative. Le rôle des professionnels de la santé dans la lutte antitabac. Genève; 2005. 37 p.
34. Park Y-D, Patton LL, Kim J-H, Kim H-Y. Smoking prevalence and attitude toward anti-smoking activities among Korean dentists. *Int Dent J*. déc 2010;60(6):383-8.
35. M. Underner, P. Ingrand, A. Allouch, et al. Influence of smoking among family physicians on their practice of giving minimal smoking cessation advice. *Revue des Maladies Respiratoires*. November 2006; 23(5):429-426.

36. Crevoisier L, Ouazzani K, Gonneau A, Lajzerowicz N, Nguyen A, Castera Ph. Accompagner les fumeurs pour leur arrêt du tabac : freins et leviers déclarés des médecins généralistes et des pharmaciens. *Médecine*. 2020 ; 16(8):365-70.
37. HAS, Haute Autorité de Santé. Communiqué de presse. Repérer précocement, intervenir et suivre les consommations addictives [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2005216/fr/reperer-precocement-intervenir-et-suivre-les-consommations-addictives.
38. J Cornuz I Jacot-Sadowski JP. Humair Conseil médical aux fumeurs et fumeuses. Document de référence pour les médecins. 2015.
39. *Am J Respir Crit Care Med* 2020 Jul 15;202(2):e5-e31 doi:10.1164/rccm.202005-1982ST.
40. Deyherassary F. La prescription des Substituts Nicotiniques du Masseur-kinésithérapeute libéral. 2018-2019; 35-30.
41. "La France se dote pour la première fois d'une stratégie de lutte contre les cancers sur dix ans". Ministères des solidarités et de la santé. Février 2021.
42. Stratégie 2021-2030 contre le cancer : améliorer la prévention sur le tabac et l'alcool [Internet]. *Vie publique.fr*. [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/278434-lutte-contre-le-cancer-strategie-nationale-plan-europeen>.

9 ANNEXES

Annexe 1 : Hétéro-questionnaire quantitatif

| | | | |

Enquête Formation CPAM – ARS – COREADD en Nouvelle-Aquitaine

Le recueil et le traitement des données de ce questionnaire feront l'objet de deux thèses de Doctorat en Médecine.

Date de la formation : ____ / ____ /2019

Lieu :

Profession :		
Sexe :	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F	
Lieu d'exercice :	<input type="checkbox"/> Urbain	<input type="checkbox"/> Semi Rural	<input type="checkbox"/> Rural
Département :			
Nombre années d'exercice :	ans		
Statut tabagique :	<input type="checkbox"/> Fumeur	<input type="checkbox"/> Ex-Fumeur	<input type="checkbox"/> Non-fumeur
Diplôme en addicto/tabaco :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	Si oui, lequel ?.....		

Questions 1 à 5 à remplir avant le début de l'intervention

Dans votre pratique quotidienne.....

1. Accompagnez-vous des fumeurs de tabac (conseils, informations, suivi...) ?

Jamais Très rarement Parfois Souvent

2. Les patients vous demandent-ils de l'aide pour arrêter de fumer ?

Jamais Très rarement Parfois Souvent

3. Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous les freins suivants au fait d'aider vos patients à arrêter de fumer ?

Manque de temps		Voyez-vous d'autres freins à signaler avec leur niveau entre 0 et 10 ? ____ ____ ____ ____
Manque de formation		
Manque de ressources en proximité		
Sujet non prioritaire		
Absence de demande du patient		
Prise en charge peu efficace		
Absence de rémunération pour l'entretien		
Difficile d'aborder le sujet		
Refus du patient d'en parler		

4. Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous, pour vos patients, les freins suivants à vous demander de l'aide ?

Ils n'ont pas le temps		Voyez-vous d'autres freins à signaler avec leur niveau entre 0 et 10 ? ____
Ils ne savent pas que je peux les aider		
Ils n'ont pas envie d'arrêter		
Ils n'osent pas m'en parler		
Ils connaissent mal les aides		
Ils pensent que les aides ne marchent pas		
Ils ne pensent pas que c'est une maladie		
Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés		
Ils pensent pouvoir arrêter seuls	 ____

5. Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous les facteurs facilitants suivants ?

Pour le patient (selon mon expérience) :		Voyez-vous d'autres facteurs facilitant à signaler avec leur niveau entre 0 et 10 ? ____
Je suis près de chez eux		
Je peux les recevoir rapidement		
Ils ont confiance en moi		
Pour moi :		
Me donner un guide simple et pragmatique		
Me montrer des ordonnances types		
Faciliter l'accès aux soins spécialisés		
Disposer d'une formation en ligne	 ____
Proposer une formation près de chez moi		
Me former en face à face au cabinet		
Pouvoir coter un acte spécifique valorisé		
Le fait qu'ils soient demandeurs d'une aide	 ____

SATISFACTION
(à remplir en fin de soirée)

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Acceptable	Insatisfaisant
Organisation matérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens pédagogiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfaction des attentes personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Applicable dans ma pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspects réglementaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment aborder la question du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment répondre aux questions des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment prescrire en pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment assurer le suivi des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment orienter les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le plus intéressant :

Les points à améliorer :

Merci pour votre participation

Annexe 2 : Ordonnances d'aide à la prescription délivrée lors des soirées

CAS 4



GROS FUMEUR
(> 20 cig/j)

Mme Isabelle ARREDUTABA
Infirmière Diplômée d'Etat
33 rue Liberté, 33000 Bordeaux



M. X, 14 avril 2019

1 patch nicotinique 21mg/24h, si fume dès le réveil
OU
1 patch nicotinique 25mg/16h, si troubles du sommeil
ET
1 pastille nicotinique sublinguale : 3 à 10 par jour

1. Prévoir, si craving persistant malgré la thérapie cutanée et orale, d'ajouter un second patch moyen (puis fort dosage si utile).
2. Donner les conseils d'auto-gestion du traitement de substitution en fonction du craving, du sommeil ...
3. Rassurer : même si 2 patches sont prescrits, il peut cesser de fumer progressivement (sur 4 à 6 semaines généralement).

+ commentaires du CAS 1, 2 & 3



Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

LAST / PAST / 5A

Ce projet a pour objectif de favoriser la demande d'aide des fumeurs auprès des professionnels de santé de leur territoire (nommés Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac ou LAST). Les LAST s'engageraient à conseiller leurs patients fumeurs et éventuellement à les accompagner dans leur perspective d'arrêt ou à les orienter vers des ressources proches. Ce projet souhaite également permettre aux professionnels d'aller plus systématiquement vers les fumeurs, grâce à des formations facilement accessibles (5A). Les professionnels (LAST) pourront être regroupés en Pôles d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (PAST) et disposer ainsi d'un addictologue référent et d'une aide pour développer leurs propres projets.

Contact : Audrey Gonneau
audrey.gonneau@agir33.fr - 05 56 51 56 51

COORDONNÉES COREADD

ADDICTILIM 05 55 05 99 00 addictilim@gmail.com	AGIR 33 Aquitaine 05 56 51 56 51 contact@agir33.fr
ARIA PC 05 46 84 52 95 aria-pc@orange.fr	RESAPSAD 05 59 31 67 67 resapsad@wanadoo.fr

www.addictolc.com • www.addictutos.com




MÉMO POUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Prescriptions des Traitements de Substitutions à la Nicotine (TSN)

Accompagnement à l'arrêt du tabac

En 2020, nous devenons la COordination Régionale ADDictions Nouvelle-Aquitaine

COREADD NA






CAS 1



PETIT FUMEUR
(<5-6 cig/j)

Mme Isabelle ARREDUTABA
Infirmière Diplômée d'Etat
33 rue Liberté, 33000 Bordeaux



Mme X, 14 avril 2019

1 pastille nicotinique sublinguale :
3 à 10 par jour
Idéalement AVANT chaque moment habituel de consommation de tabac (ex dès le réveil, avant la fin du repas, avant la débauche du travail...)

Toujours avoir une plaquette sur soi !

1. Expliquer l'intérêt d'éviter de ressentir la pulsion à fumer (craving).
2. Rappeler les conseils simples de gestion du craving (respirer profondément, boire un grand verre d'eau, changer d'activité, réduire le café, attendre car l'envie passe en quelques minutes sous traitement...).
3. Annoncer l'absence d'addiction avec les substituts nicotiniques cutanés ou oraux.

CAS 2



FUMEUR MODÉRÉ
(5 à 15 cig/j)

Mme Isabelle ARREDUTABA
Infirmière Diplômée d'Etat
33 rue Liberté, 33000 Bordeaux



M. X, 14 avril 2019

1 patch nicotinique 10mg/16h, si consomme 5 à 10 cig/j
OU
1 patch nicotinique 15mg/16h, si consomme 10 à 15 cig/j

À positionner en changeant de localisation chaque jour : amoplates (droit-gauche) puis branches (droit-gauche) pour éviter des irritations.

1. Ajouter un film adhésif si le patch se décolle (sueurs, pilosité, mouvements).
2. Annoncer la durée minimale de traitement de 3 à 6 mois selon l'ancienneté du tabagisme.
3. Proposer une réduction progressive du tabagisme sous patch et rassurer : on peut « fumer avec des patches ».

+ commentaires du CAS 1

CAS 3



FUMEUR STANDARD
(15 à 20 cig/j)

Mme Isabelle ARREDUTABA
Infirmière Diplômée d'Etat
33 rue Liberté, 33000 Bordeaux



Mme X, 14 avril 2019

1 patch nicotinique 21mg/24h, si fume dès le réveil
OU
1 patch nicotinique 15mg/16h, si fume dans un délai d'au moins 1h
OU
1 patch nicotinique 25mg/16h, si précédent insuffisant

1. Revoir à 8 jours et moduler le dosage le cas échéant : augmenter si craving persistant (envie, irritabilité, fringales). Réduire si symptômes de surdosage (nausées, tachycardie, diarrhées, vertiges, insomnies).
2. Des substituts oraux peuvent être ajoutés si besoin.
3. Annoncer la nécessité d'un suivi régulier (lien avec médecin traitant), idéalement tous les 8 à 15 jours jusqu'à sevrage total, puis espacer.

+ commentaires du CAS 1 & 2

Annexe 3 : grille d'entretien qualitative

- Données socio-démographiques du participant (sexe, âge, profession, commune, statut tabagique, libéral/salarié, formation antérieure)

1) Introduction

De façon générale, que vous évoque le tabac ? (en dehors de votre contexte professionnel)

Quelle est selon vous l'image la plus représentative du tabagisme ? En choisir 2 parmi :

1. Forêt qui brûle ;
2. Pause-café ;
3. grossesse ;
4. réunion autour de verres ;
5. cannabis ;
6. professionnel de santé qui fume ;
7. tabagisme passif ;
8. l'hôpital ;
9. la maladie ;
10. la fête ;
11. l'addiction, l'enchaînement ;
12. trouble psychologique, anxiété ;

2) Avant les soirées

Comment cela se passait avec les fumeurs de tabac ?

Quelles étaient vos difficultés pour aborder le sujet ?

Quelles étaient vos difficultés pour accompagner les patients ayant une demande d'aide ?

Qu'est-ce qui paraissait le plus facile ?

Qu'est-ce qui vous paraissait le plus difficile ?

Avec quel.s professionnel.s aviez-vous l'habitude de travailler ?

Qu'est-ce qui vous a incité à participer à la soirée d'information ?

3) Les soirées

Qu'avez-vous pensé de la soirée d'information à laquelle vous avez participé ?

Quelles sont, à votre avis la(les) force(s) et faiblesse(s) de la soirée ?

Qu'est-ce qui a été pour vous le plus important ?

Quelles informations vous ont marquées ? Pouvez-vous m'en parler ?

Quelles informations vous ont manquées ?

4) Après la soirée

Pensez-vous que la formation a modifié votre représentation des fumeurs et de leurs comportements ? Pouvez-vous m'en parler ?

Avez-vous le sentiment que des choses se sont modifiées dans votre pratique ? et lesquelles ?

Au niveau de votre confiance en vous ?

Au niveau du repérage ?

Au niveau de la prise en charge ?

Au niveau de l'initiation du traitement ?

Au niveau de la prescription des TSN ?

Au niveau du suivi ?
Au niveau de l'orientation ?

**Qu'est-ce qui vous parut le plus facile à mettre en pratique ?
Qu'est-ce qui vous parut le plus difficile à mettre en pratique ?**

Depuis la formation, accompagnez-vous des patients que vous n'auriez pas accompagnés avant ? Et lesquelles ?

Pourquoi ?

5) Synthèse

En synthèse de nos échanges, quels sont les points importants que vous souhaiteriez souligner ?

Avez-vous des suggestions pour améliorer les soirées d'information ?

Souhaiteriez-vous bénéficier d'une formation complémentaire ?

Sous quel format ? (en ligne, 1 ou 2 journées, soirée...)

Sur quel(s) sujet(s) ?

Avez-vous des choses à ajouter ?

Merci de votre attention

Annexe 4 : images présentées aux participants



Image 1 : la forêt qui brûle
Crédits : Satyam Bhorwal / EyeEm



Image 2 : La pause-café
Crédits : Roman Dmitryev / EyeEm



Image 3 : La grossesse
Crédits : Vladimir Godnik



Image 4 : Réunion autour de verres
Crédits : Franckreporter



Image 5 : Le cannabis
Crédits : Cappi Thompson



Image 6 : Le médecin fumeur
Crédits : ADAM GAULT/SPL



Image 7 : Le tabagisme passif
Crédits : ClarkandCompagny



Image 8 : L'hôpital
Crédits : ER productions limited



Image 9 : La maladie
Crédits : Virojt Changyenham



Image 10 : La fête
Crédits : Flashpop



Image 11 : La dépendance
Crédits : Mikroman6



Image 12 : Les troubles psychologiques
Crédits : Emerson Del / EyeEm

Annexe 8 : Nuage de mots-clefs des masseurs-kinésithérapeutes :



10 SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairais les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

11 RESUME

Titre : Accompagnement à l'arrêt du tabac : changement perçus par les professionnels de santé « nouveaux prescripteurs » à la suite des soirées d'information organisées par l'Assurance Maladie, en Nouvelle-Aquitaine.

Introduction : Avec 13 millions de fumeurs en France, l'arrêt du tabagisme est un enjeu majeur de santé publique. La CPAM et la COREADD ont mis en place des soirées d'information destinées à favoriser l'accompagnement des fumeurs par les professionnels de santé tels que les infirmiers, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact de ces soirées sur les représentations et les pratiques déclarées des professionnels.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative utilisant un double codage d'entretiens semi-dirigés, auprès de 20 professionnels de santé exerçant en Nouvelle-Aquitaine, en 2020. Nous avons rencontré 5 participants aux soirées de chaque profession. L'étude bénéficie d'une triangulation des données, des sources, des chercheurs ainsi que d'une triangulation écologique. L'analyse des résultats a été réalisée selon la théorie ancrée. L'objectif principal était d'identifier l'impact de ces soirées d'information auprès des participants, en termes de représentations, stratégies et pratiques autour de l'accompagnement à l'arrêt du tabac.

Résultats : Les soirées d'informations ont été bénéfiques et appréciées par les participants. Leur représentation des fumeurs a été modifiée. Les stratégies de prise en charge et la prescription de TNS s'est intensifiée à la suite des soirées. Les principaux freins observés sont le manque de temps et la difficulté à réaliser un suivi.

Conclusion : Pour favoriser au maximum le sevrage des patients fumeurs, il est nécessaire d'informer les patients d'une part de la possibilité de trouver de l'aide chez tous les professionnels de santé et de répéter les formations auprès de ces professionnels pour renforcer leur implication et leurs connaissances.

Discipline : Médecine Générale

Mots clefs : Arrêt de tabac/ Formation professionnelle/ Professionnels de santé/ Fumeurs

Intitulé et adresse de l'UFR : UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux

ABSTRACT

Title: Support for quitting smoking: changes perceived by health professionals "new prescribers" following information evenings organized by Assurance Maladie, in New Aquitaine.

Introduction: With 13 million smokers in France, stopping smoking is a major public health issue. The CPAM and COREADD have set up information evenings intended to promote support for smokers by health professionals such as nurses, dental surgeons, physiotherapists, and midwives. The objective of our study is to assess the impact of these evenings on the representations and declared practices of professionals.

Method: This is a qualitative study using a double coding of semi-structured interviews, with 20 health professionals working in Nouvelle-Aquitaine, in 2020. We met 5 participants in the evenings of each profession. The study benefits from triangulation of data, sources, researchers as well as ecological triangulation. The analysis of the results was carried out according to grounded theory. The main objective was to identify the impact of these information evenings on the participants, in terms of representations, strategies and practices around support for quitting smoking.

Results: The information evenings were beneficial and appreciated by the participants. Their representation of smokers has been changed. Management strategies and the prescription of TNS intensified after the evenings. The main obstacles observed are the lack of time and the difficulty in carrying out a follow-up.

Conclusion: To promote as much as possible the weaning of patients who smoke, it is necessary to inform patients on the one hand of the possibility of finding help from all health professionals and of repeating training with these professionals to strengthen their involvement and knowledge.

Discipline: General Medicine

Tags: Quit smoking / Professional training / Health Personnel / Smokers

Title and Address of the UFR: Faculty of Medical Sciences of the University of Bordeaux