



HAL
open science

État des lieux de la prescription des traitements nicotiniques de substitution par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la région Bretagne

Léa Lemétayer

► **To cite this version:**

Léa Lemétayer. État des lieux de la prescription des traitements nicotiniques de substitution par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la région Bretagne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03480752

HAL Id: dumas-03480752

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03480752v1>

Submitted on 14 Dec 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.



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



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

**Etat des lieux de la prescription des
traitements nicotiques de substitution par
les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de
la région Bretagne**

LEMETAYER Léa

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur Kinésithérapeute

Promotion 2017-2021

Session « Juin 2021 »

REMERCIEMENTS :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée, de près ou de loin, à la rédaction de ce mémoire.

Je remercie tout particulièrement :

Mon directeur de mémoire, Ronan LESTIDEAU, pour son accompagnement dans ma réflexion tout au long de ce travail,

Monsieur Antoine DANY, pour son aide lors de la conception de la méthode de recherche,

L'équipe du centre anti-tabac du CHRU de Brest. Un grand merci à Véronique LE DENMAT, Véronique LE BLOND, Daniel CHAPALAIN pour leurs précieux conseils,

Ma famille, mes parents pour leur soutien sans faille durant toutes mes études et leurs nombreuses relectures,

Mes amis (mention spéciale à mes cosmic zouz) et Kévin pour les nombreux moments passés et à venir à leurs côtés,

Tous les masseurs-kinésithérapeutes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire,

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
II. CADRE CONCEPTUEL	2
II.1 Le tabac, un fléau international	2
II.2 La dépendance et l'intoxication tabagique.....	6
II.3 Le rôle des professionnels de santé dans la lutte anti-tabac.....	11
II.4 Le MK face au tabac	17
III. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	20
IV. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	21
IV.1 Choix de l'outil	21
IV.2 Les entretiens exploratoires	21
IV.3 Le questionnaire	25
V. RESULTATS	31
V.1 Informations personnelles	31
V.2 Le repérage des fumeurs par les MK	32
V.3 La connaissance et l'utilisation de la prescription des TNS	34
V.4 Comparaison de prescription des TNS et des dispositifs médicaux	37
V.5 La place du MK dans l'aide au sevrage	40
VI.6 Tris croisés.....	43
VI. DISCUSSION	45
VI.1 Analyse des principaux résultats	45
VI.2 Limites de l'étude	52
VI.3 Perspectives de l'étude	55
VI.4 Projection professionnelle	56
VII. CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	58

Liste des abréviations

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CEKCB : Cercle d'Etudes en Kinésithérapie du Centre Bretagne (organisme de formation continue pour masseurs-kinésithérapeutes basé à Pontivy)

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DM : Dispositif médical

HAS : Haute Autorité de Santé

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

IFPEK : Institut de Formation en Pédicure-podologie Ergothérapie Kinésithérapie

IMAO : Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase

MKLB : Masseur-Kinésithérapeute Libéral de Bretagne

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabac

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

TNS : Traitement Nicotinique de Substitution

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Index des illustrations

Figure 1 : évolution du nombre de cigarettes vendues par adulte et par jour et évolution du prix relatif (le prix relatif tient compte de l'augmentation de l'indice des prix) selon Hill et Laplanche (14)	3
Figure 2 : prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France, 2000-2018 (résultats du baromètre de santé publique France 2018) (7)	5
Figure 3 : l'affiche « Autopsie d'un meurtrier » - Ligue nationale contre le cancer (2004) (28).....	9
Figure 4 : test de Fagerstrom simplifié, selon les recommandations de la HAS (38)	13
Figure 5 : modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et Diclemente - HAS (40)	14
Figure 6 : année de diplôme de l'échantillon.....	31
Figure 7 : département d'exercice de l'échantillon	31
Figure 8 : statut tabagique de l'échantillon.....	32

Figure 9 : proportion de MK questionnant leurs patients sur leur consommation tabagique.	32
Figure 10 : population dont les MK recherchent la consommation tabagique	33
Figure 11 : moyens utilisés par les MK pour guider le patient dans le sevrage tabagique	34
Figure 12 : connaissance des MK sur le droit de prescription des TNS	34
Figure 13 : moyens d'information du droit de prescription des TNS auprès des MK....	35
Figure 14 : proportion de MK ayant prescrit des TNS	35
Figure 15 : proportion de MK ayant prescrit des dispositifs médicaux.....	37
Figure 16 : comparaison entre la prescription des attelles souples et des TNS par les MK	38
Figure 17 : comparaison de la fréquence de prescription de dispositifs médicaux chez les prescripteurs et non-prescripteurs de TNS.....	39
Figure 18 : avis des MK sur leur rôle dans l'aide à l'arrêt du tabac	40
Figure 19 : avis des MK sur la prescription de TNS	41
Figure 20 : intérêt des MK pour une formation sur la prescription des TNS et l'aide à l'arrêt du tabac	42
Figure 21 : types de formations sélectionnées par les MK	42
Figure 22 : proportion de MK connaissant le droit de prescription de TNS selon l'année de diplôme.....	43

Index des tables

Tableau 1: moment où les MK effectuent le dépistage tabagique	33
Tableau 2: fréquence de prescription des TNS par les MK	36
Tableau 3: freins à la prescription de TNS par les MK	36
Tableau 4: utilisation des différents dispositifs médicaux par les MK.....	37
Tableau 5: freins à la prescription de dispositifs médicaux par les MK.....	38
Tableau 6: matrice année d'obtention DE/connaissance droit prescription TNS.....	43
Tableau 7: moyen d'information des diplômés après 2016	44
Tableau 8: proportion de MK effectuant un dépistage tabagique selon leur statut tabagique	44

I. INTRODUCTION

Le tabagisme est un réel enjeu de santé publique pour nos sociétés. Pour lutter contre ce fléau, les professionnels de santé ont un rôle majeur dans l'aide au sevrage tabagique. Le traitement nicotinique de substitution (TNS) est le traitement médicamenteux de première intention pour aider les patients dans leur démarche de sevrage.

Les masseurs-kinésithérapeutes font partie des professionnels de santé habilités à prescrire des TNS. Autant, certaines prescriptions dans notre métier m'ont paru logiques, autant la prescription de substituts nicotiques m'a étonné ; je n'ai pas tout de suite vu le lien avec la kinésithérapie. Je me suis alors renseignée sur le sujet et j'ai pu voir que c'était une avancée récente dans notre profession : « *La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé autorise, en plus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les traitements nicotiques de substitution.* » (1). Cet élargissement de nos compétences s'inscrit dans la réforme des études en masso-kinésithérapie mise en place en 2015 : les futurs masseurs-kinésithérapeutes (MK) devront être investis dans la promotion de la santé publique, axe primordial de notre formation, comme le souligne la compétence n°5 du référentiel de compétence « *concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et de dépistage en kinésithérapie et en santé publique* » (2).

Je me suis alors demandée s'il existe une différence entre le rôle des MK proposé par l'Etat sur le tabagisme et la place réelle qu'occupent les MK. Dans ce travail, je vais chercher à répondre à la problématique « Depuis la loi de modernisation de système de santé de 2016, comment se situent les MKLB par rapport à la prescription de traitements nicotiques de substitution ? ». Les objectifs seront de savoir comment les MK se placent dans la lutte anti-tabac, s'ils connaissent et utilisent ce droit de prescription et d'identifier les freins à la prescription. Tout d'abord, le cadre conceptuel présentera les grandes notions, ensuite la méthodologie de recherche sera détaillée. Puis les résultats seront exposés et permettront de répondre aux hypothèses de recherche. Enfin, une partie identifiera les limites de ce travail et proposera des pistes de réflexions.

« *Le tabac racontait un discours de fière appartenance, alors que le timbre nicotinique murmure un triste désir de santé* » - Nouvelles Mythologies de Jérôme Garcin, p.45
- **Boris Cyrulnik** (4)

II. CADRE CONCEPTUEL

II.1 Le tabac, un fléau international

II.1.1Epidémiologie

Le tabagisme est un réel problème de santé publique en France et dans le monde. En 2019, il y a plus d'un milliard de fumeurs dans le monde et 16 millions de fumeurs en France (5,6). En France, les femmes fument moins que les hommes (22,9% contre 28,2% de fumeurs quotidiens) mais cette tendance tend à s'égaliser selon le baromètre santé 2018 (7).

Le tabagisme entraîne des conséquences sanitaires et sociales.

C'est la **première cause évitable de décès dans le monde**. Selon l'OMS, le nombre de décès par an est de 8 millions dans le monde et 75 000 en France (3). Le tabac tue car il provoque des maladies mortelles, plus de 20 maladies y sont attribuées. Il est associé à trois catégories de pathologies : les cancers, les maladies respiratoires chroniques et les pathologies cardio-vasculaires (8).

Le tabac est un fléau pour la société. Selon le Programme National de Réduction du Tabac, « *les coûts sociaux du tabac ont été estimés à 47 milliards d'euros pour l'année 2003, dont 18 milliards de coûts de santé* » (9). La santé publique doit y faire face, aussi bien pour protéger les personnes que les biens publics.

La région à laquelle je m'attacherai particulièrement dans ce travail est la Bretagne. C'est une région où la prévalence des fumeurs est plus élevée que la moyenne nationale chez les **adolescents**. En effet, selon le Bulletin de Santé Publique publié en janvier 2019 (10), la moyenne nationale de jeunes fumeurs quotidiens est estimée à 25,1%, contre 30,1 % en Bretagne en 2017. C'est aussi une région où les **femmes enceintes** déclarent fumer plus que la moyenne nationale. En effet, la prévalence nationale de femmes enceintes fumant au troisième trimestre est de 16,2% en 2016, tandis que la région Bretagne enregistre une prévalence de 28,1%. De plus, le Finistère est le

département où il y a le plus de **broncho-pneumopathie chronique obstructive** et de **cancer du poumon**, probablement dus au tabac et au radon, gaz cancérogène produit naturellement par le granit et multipliant par 25 le risque de cancer du poumon.

II.1.2 Législation

En France, on observe un **essor du tabac** durant la première guerre mondiale, puis pendant les 30 glorieuses (de 1945 à 1975) : fumer était quelque chose de positif socialement parlant, la cigarette affirmait la virilité des hommes et l'émancipation des femmes. De plus, le tabac a largement participé à l'économie nationale : 5% des recettes de l'Etat dans les années 1950. Pourtant, à la même période, des études montraient déjà les effets néfastes du tabac sur la santé (11).

Face à cet enjeu majeur, l'Etat français a établi des **lois** et des **plans santé** pour diminuer et contrer ce phénomène grandissant (12,13).

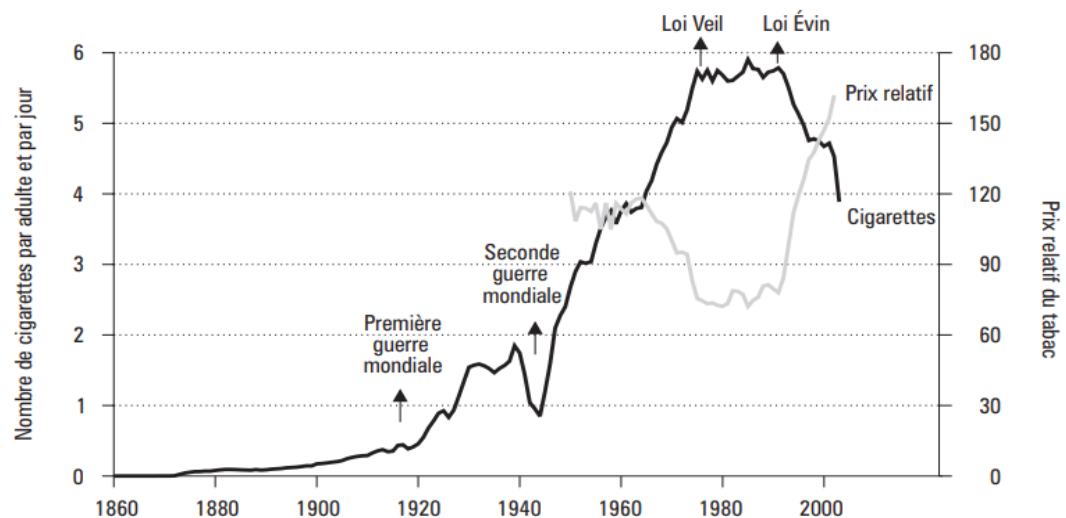


Figure 1 : évolution du nombre de cigarettes vendues par adulte et par jour et évolution du prix relatif (le prix relatif tient compte de l'augmentation de l'indice des prix) selon Hill et Laplanche (14)

La première loi française concernant le tabac est **la loi Veil** en 1976. Simone Veil, ministre de la santé de l'époque, montre le début de l'engagement de l'Etat dans la lutte anti-tabac. Elle vise à réduire la publicité sur le tabac, diminuer le droit de fumer dans certains lieux publics comme les hôpitaux ou les crèches, obliger les fabricants à faire

apparaître la composition de la cigarette sur les paquets. Le but de cette loi est d'informer les français sur les effets néfastes du tabac, sans être répressif. Cependant, la France est plutôt en retard par rapport à d'autres pays, par exemple la première loi anti-tabac aux Etats-Unis date de 1964.

En 1991, **la loi Evin** renforce les mesures en interdisant le tabagisme dans tous les lieux publics (transports en commun, restaurants, concerts, ...), en interdisant la publicité directe et indirecte autour du tabac, en enlevant le tabac de l'indice des prix.

Le **15 novembre 2006**, un décret permet l'interdiction de fumer dans les lieux publics, notamment les lieux de travail.

La **loi de modernisation de la santé du 26 janvier 2016** a permis l'élargissement du droit de prescription de substituts nicotiques à diverses professions de santé dont les masseurs -kinésithérapeutes. Cela correspond à plus de 800 000 nouveaux professionnels qui peuvent agir sur le terrain (1).

En plus des lois coercitives, l'Etat a mis en place des stratégies visant à sensibiliser la population sur les dangers du tabac par le biais de plusieurs projets.

Les **plans cancers** ont tous eu comme objectif de diminuer le tabagisme, sachant que le tabac est une cause directe de cancer. Par exemple, un des objectifs du plan cancer 2014-2019 est le **Programme National de Réduction du Tabagisme** (PNRT) (9). Ce programme a 3 objectifs, le premier est de tout faire pour éviter l'entrée dans le tabagisme actif des jeunes, sachant que la France est nettement au-dessus de la moyenne mondiale de jeune fumeur : 38% des enfants scolarisés contre 28%. Le deuxième objectif est d'aider les fumeurs dans le sevrage tabagique : les professionnels de santé seront davantage impliqués et les campagnes d'information augmentées. Le troisième objectif a pour but d'agir sur l'économie du tabac, en luttant contre la vente illégale de tabac et contre le lobbying de l'industrie du tabac.

Suite au PNRT, le **Programme National de Lutte contre le Tabac** (PNLT) 2018-2022 a été créé (15). Il permet un maillage, un accord national de la lutte contre le tabac et établit des actions sur le terrain. L'objectif principal est qu'en 2032, les enfants nés depuis 2014 soient la première génération sans tabac, c'est-à-dire qu'il y ait moins de 5% de fumeurs. Pour cela, plusieurs actions sont proposées telles que le service sanitaire des

étudiants en santé pour informer directement la population, la formation des professionnels nouvellement prescripteurs, la progression du prix des cigarettes, portant le paquet de 20 cigarettes à 10 euros en 2020. Le meilleur moyen pour diminuer la consommation de tabac dans une population et donc améliorer la santé publique est la politique fiscale, c'est-à-dire l'augmentation des taxes sur les cigarettes (16). Le PNLT a créé « **mois sans tabac** » qui est une technique de marketing social ; elle utilise les techniques du marketing commercial, mais le but diffère : on recherche une modification de comportement et d'habitude d'un groupe d'individus permettant d'améliorer leur qualité de vie (17). Le programme de prévention « mois sans tabac », inspiré du modèle britannique « stoptober », permet de créer une émulation collective et d'accompagner activement l'arrêt du tabac pendant 28 jours. Il a été démontré qu'un fumeur qui s'abstient de fumer durant 28 jours consécutifs multiplie par 5 ses chances d'arrêter définitivement (18).

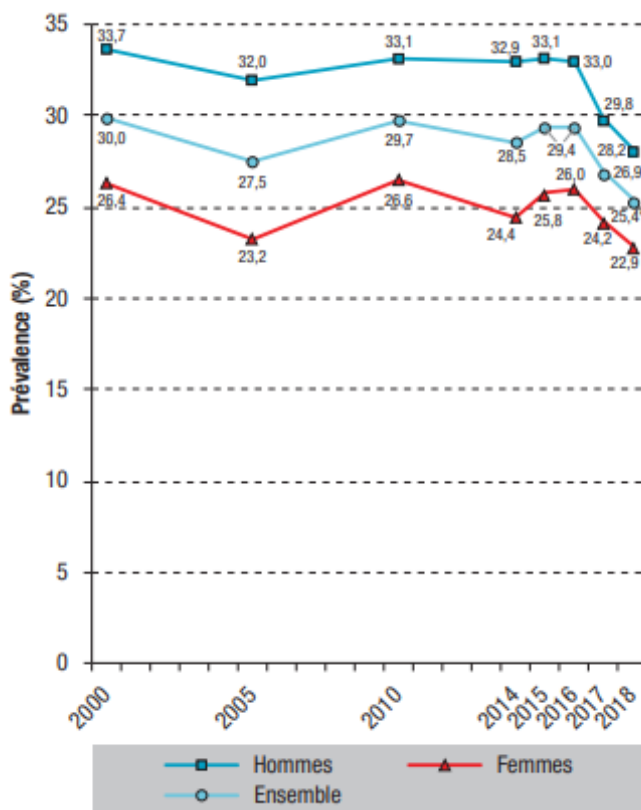


Figure 2 : prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France, 2000-2018 (résultats du baromètre de santé publique France 2018) (7)

La lutte contre le tabagisme actif et passif est toujours un objectif principal de santé publique en France car les enjeux sociaux et sociétaux sont encore aujourd'hui très importants. A travers la législation, les mobilisations collectives et l'information de la

population, la France montre son implication dans la lutte anti-tabac. Les mesures prises ont permis une nette baisse du tabagisme, comme on peut le voir sur la figure ci-dessus.

II.2 La dépendance et l'intoxication tabagique

Le tabagisme entraîne un syndrome de dépendance qui est décrit cliniquement par la CIM-10 (10^{ème} Révision de la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes), publié par l'OMS « *comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de [...] fumer du tabac.* » (19).

On distingue 3 types de dépendances liées au tabac.

La **dépendance physique**. Le cerveau et le corps ont besoin de leur dose de substances actives. Si l'on prive le sujet de la substance, il ressent un besoin qui l'oblige à la consommation pour éviter le syndrome de manque. Cette dépendance se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage, très désagréable pour le fumeur mais transitoire.

La **dépendance comportementale**. Ce sont les habitudes et ancrages que le fumeur a au quotidien. Le tabac est associé à des situations, des individus qui provoquent l'envie de fumer. Par exemple le « café-clope » du matin ou la pause entre collègues.

La **dépendance psychologique**. Elle est causée par les effets psychoactifs de la nicotine. Celle-ci procure plusieurs effets recherchés plus ou moins par les fumeurs tels que : diminution du stress et de l'anxiété, sentiment de satiété ou encore stimulation intellectuelle. Cette dépendance a pour traduction principale le « **craving** », qui se manifeste par un besoin incontrôlable de fumer. C'est souvent cette dépendance qui va être à l'origine de la rechute (20).

II.2.1 Le mécanisme d'action de la nicotine

Comprendre comment le tabac entraîne une dépendance est primordial à comprendre pour tout professionnel ayant un rôle à jouer dans le sevrage tabagique. Dans une cigarette fumée, on retrouve plus de **4 000 composants**. La **nicotine** est l'un des principaux agents, elle entraîne la dépendance psychologique et physique. C'est une molécule de la famille des alcaloïdes, comme beaucoup de drogues (21).

Il existe différents modes d'administration du tabac : fumé, chiqué, prisé... Le tabac fumé est le plus répandu : le mécanisme d'action des substances est beaucoup plus rapide par voie respiratoire. Lorsqu'un individu fume une cigarette, il absorbe la fumée par les voies respiratoires. Les substances suffisamment petites, dont la nicotine, passent la paroi alvéolo-capillaire des poumons et se retrouvent dans le système artério-veineux. Ensuite, la nicotine va se fixer aux récepteurs nicotiques dans le cerveau seulement **7 secondes** après la bouffée, et va atteindre un pic au bout de 20 à 30 minutes. Cela va provoquer une augmentation de la **dopamine** dans le cerveau qui entraîne l'effet principal recherché par le fumeur : la sensation de bien-être. L'inhalation est souvent décrite comme un « **shoot** » car le mécanisme est extrêmement rapide. C'est ce mécanisme d'action rapide qui est recherché par les fumeurs et qui provoque la dépendance dans un premier temps (22,23).

Nous allons ici nous intéresser à la pharmacodynamie de la nicotine. La nicotine n'est pas présente chez l'humain mais imite **l'acétylcholine**, un neurotransmetteur qui possède 2 sites d'action : nicotinique et muscarinique. L'acétylcholine (ACh) joue un rôle important dans la communication entre les neurones du système nerveux central (mémoire, apprentissage, système de récompense), périphérique (contraction musculaire) et autonome (cycle veille-sommeil, fréquence cardiaque, tension artérielle, ...). La différence entre la nicotine et l'ACh réside dans le fait que l'action de la nicotine est plus forte et plus longue dans le temps dû à une plus forte **désensibilisation** : l'ACh est rapidement dégradée par l'acétylcholinestherase tandis que la nicotine est dégradée très lentement (au niveau hépatique). La demi-vie de la nicotine est donc plus longue que l'ACh : entre 2 à 4 heures (23,24).

Lorsque la concentration de nicotine dans le sang diminue, les effets de la nicotine diminuent aussi et laissent place assez rapidement à l'inconfort, au stress, à l'irritation, aux insomnies qui sont des symptômes de la dépendance physique. L'individu a alors besoin d'une autre cigarette pour stimuler le circuit de la récompense.

Plus un récepteur est stimulé, moins il réagit, c'est le **mécanisme de tolérance** : le récepteur nicotinique devient désensibilisé à la nicotine. Pour compenser ce phénomène, le nombre de récepteurs nicotiques augmente. Cela pose un problème principal car la dépendance augmente aussi : il y a plus de récepteurs à demander leur dose de nicotine quand ils se resensibilisent. Pour le même effet, le fumeur doit alors augmenter sa dose de nicotine, c'est ce que les anglais appellent « up-regulation ». Le fumeur va alors augmenter les paramètres modifiables comme plus « tirer » sur sa cigarette, augmenter le nombre de bouffées, ... Il est très difficile de savoir la dose de nicotine qu'un fumeur s'administre ; seul l'individu sait le taux de nicotine dont il a besoin et module en conséquence l'intensité, la durée et le nombre de bouffées. Il a été démontré qu'en moyenne le fumeur inhale 1 à 1,5 mg de nicotine par cigarette manufacturée (25).

Cependant, la nicotine ne résume pas la dépendance à la cigarette ; d'autres substances ont montré leur rôle dans la dépendance au tabac : les **inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO)**. Les IMAO sont présents dans la fumée du tabac, ils se forment par combustion des éléments ajoutés pour donner un meilleur goût à la cigarette (sucre, chocolat ou miel), ce qui entraîne la formation d'acétaldéhyde, un IMAO. Les IMAO font baisser le taux de monoamine-oxydase dans le cerveau du fumeur et provoquent une très forte addiction (26,27)

Ainsi, la nicotine associée aux IMAO sont responsables en synergie de la dépendance au tabac (20).

II.2.2 L'impact des autres substances contenues dans le tabac



Figure 3 : l'affiche « Autopsie d'un meurtrier » - Ligue nationale contre le cancer (2004) (28)

Nous avons vu précédemment que la nicotine et les inhibiteurs de monoamines oxydases sont impliqués dans le mécanisme de dépendance au tabac, mais contrairement aux croyances populaires, ils ne sont pas responsables des maladies causées par le tabagisme.

Parmi les substances dangereuses on retrouve le **monoxyde de carbone**. Il concerne 2 à 4% de la fumée du tabac. Il est très toxique car a une affinité 200 fois plus forte que l'oxygène sur l'hémoglobine : il y a moins d'oxygène dans le sang et le taux de carboxyhémoglobine augmente. Les conséquences sont principalement l'hypoxie des tissus, la fibrose des parois artérielles avec formation de plaque d'athérome (l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs en résulte). La pression artérielle augmente, ce qui accroît in fine le risque de pathologie cardiaque. On retrouve aussi des **goudrons**, créés lors de la combustion du tabac. Ce sont les principaux responsables de cancers (21,29).

Quand une cigarette est fumée, environ 4 000 composants sont libérés dont plus de 250 dangereux et au moins 50 carcinogènes, c'est-à-dire sont des facteurs de risques à l'origine de l'apparition d'un cancer (28). Le tabac touche évidemment les voies respiratoires, mais aussi tout le corps car il passe dans le système artériel qui irrigue tous les tissus. Ainsi, il a été prouvé que le tabac est un facteur de risque de pathologies de différents organes :(30)

- **Maladie néoplasique.** L'intoxication tabagique est responsable de 30 % de l'ensemble des cancers dans les pays développés. Le cancer du poumon est dû dans 90% des cas au tabac. C'est aussi la première cause du cancer de la vessie (28). Le tabac est un facteur de risque de nombreux autres cancers tels que le cancer oto-rhino-laryngée (ORL). (31)
- **Maladies cardio-vasculaires.** L'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs n'en sont que des exemples.
- **Maladies respiratoire aigues et chroniques** dont la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), maladie due au tabac la plus coûteuse dans le monde.
- **Maladies dermatologiques**, comme par exemple l'acné, le vieillissement cutané ou encore la coloration des ongles.
- **Maladies de la cavité orale.** Elles sont très fréquentes et sont dues à la fumée de tabac qui provoque des dommages physiques et brûle la cavité orale. Des problèmes, tels que l'hyperpigmentation et la parodontite, permettent au dentiste de déceler les symptômes typiques (29,32).

II.3 Le rôle des professionnels de santé dans la lutte anti-tabac

Selon la HAS, l'implication dans la lutte contre le tabac est un devoir de tous les professionnels de santé, chacun avec ses propres compétences (33).

Selon la CIM-10 (10^{ème} Révision de la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes), publié par l'OMS (19), afin d'établir le diagnostic de dépendance au tabac, il faut qu'il y ait 3 des critères présentés ci-dessous ou plus, en même temps durant les 12 derniers mois :

- Désir impérieux de consommer du tabac
- Altération de la capacité à contrôler l'utilisation de la substance, caractérisée par des difficultés à s'abstenir initialement d'une substance, à interrompre sa consommation ou à contrôler son utilisation
- Syndrome de sevrage physiologique lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation de tabac
- Mise en évidence d'une tolérance, c'est-à-dire d'un besoin de plus grandes quantités
- Abandon des autres plaisirs ou intérêts en faveur de la consommation de tabac
- Poursuite de la consommation malgré la connaissance des effets nocifs du tabagisme.

60% des fumeurs souhaitent arrêter de fumer (34), cependant, ils n'ont pas tous les mêmes chances d'arrêter selon différents critères : âge, sexe, motivation, degré de dépendance, pathologies associées... On peut établir des catégories de fumeurs selon leur motivation.

Certains fumeurs ont un **tabagisme dissonant**. Ce sont ceux qui désirent arrêter, ils connaissent les dangers du tabac mais n'y arrivent pas. Il y a un décalage entre leurs pensées et la réalité. Ce type de fumeur montre l'efficacité des campagnes anti-tabac car la personne connaît les dangers et souhaite arrêter ; mais aussi leurs limites car la dépendance est telle qu'une aide professionnelle est nécessaire.

Une autre catégorie comprend les fumeurs qui sont **prêts à arrêter** à court terme.

Enfin, une dernière catégorie existe, celle des fumeurs qui ont un **tabagisme consonnant** : ils ne souhaitent pas arrêter de fumer. Dans ce cas, il faut rechercher s'ils n'ont pas connaissance des risques ou s'ils sont dans le déni. On appelle cette population « noyau dur » ou « hard-core smokers » chez les anglo-saxons (35).

L'identification du type de tabagisme permet au professionnel de choisir les thérapeutiques les plus appropriées.

II.3.1 Bilan initial

Il serait intéressant pour le professionnel de questionner tous les patients sur leur consommation tabagique dès le bilan initial, afin d'orienter les traitements adaptés par la suite si besoin. Il ne faut pas oublier de demander s'il est concerné par le tabagisme passif ; dans certains cas cela peut-être le motif de la venue. Le cas typique est la bronchiolite du nourrisson (36).

Depuis la conférence de consensus de l'ANAES en 1998, il est recommandé de pratiquer le **conseil d'arrêt** chez tout patient (37). Il consiste à poser deux questions successives : « Fumez-vous ? » et si oui, « avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? ». Le professionnel indique ensuite au fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer, et peut proposer une brochure d'information. C'est un premier pas dans le sevrage très important qui s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils comptent arrêter de fumer ou non.

Selon le cas, le professionnel peut continuer le bilan par **l'évaluation de la dépendance** avec le test de Fagerstrom et les critères de dépendance. Le test de Fagerstrom est le test le plus utilisé, simple et reproductible pour l'évaluation de la dépendance. Il a été créé en 1978 par Karl Fagerstrom et comporte 6 questions. Cependant, il faut avoir en tête les limites de ce test pour l'utiliser le mieux possible : il n'évalue que la dépendance à la cigarette et n'est donc pas utile pour les autres types de dépendances ; il peut être démotivant pour le patient de voir un score élevé à ce test. Aujourd'hui, c'est le test de Fagerstrom simplifié en 2 questions qui est le plus utilisé.

Test de Fagerström simplifié en deux questions		
1.	Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
2.	Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
	Moins de 5 minutes	3
	6 à 30 minutes	2
	31 à 60 minutes	1
	Après plus d'1 heure	0
Interprétation selon les auteurs :		
	• 0-1 : pas de dépendance ;	
	• 2-3 : dépendance modérée ;	
	• 4-5-6 : dépendance forte.	

Figure 4 : test de Fagerstrom simplifié, selon les recommandations de la HAS (38)

L'évaluation des comorbidités anxieuses et dépressives associées, de même que les co-consommations de substances psychoactives (alcool, cannabis, ...) sont importantes à connaître car elles diminuent les chances de sevrage.

Enfin, **l'évaluation de la motivation à l'arrêt** est sûrement l'étape la plus importante du bilan. Selon le modèle de Prochaska et Diclemente (39), nous pouvons savoir dans quel stade du sevrage se situe le patient : la pré-intention, l'intention, la prise de décision, l'action et le maintien. Le masseur-kinésithérapeute doit identifier le stade dans lequel se trouve le patient, et adapter la stratégie thérapeutique afin de l'aider à passer à l'étape suivante.

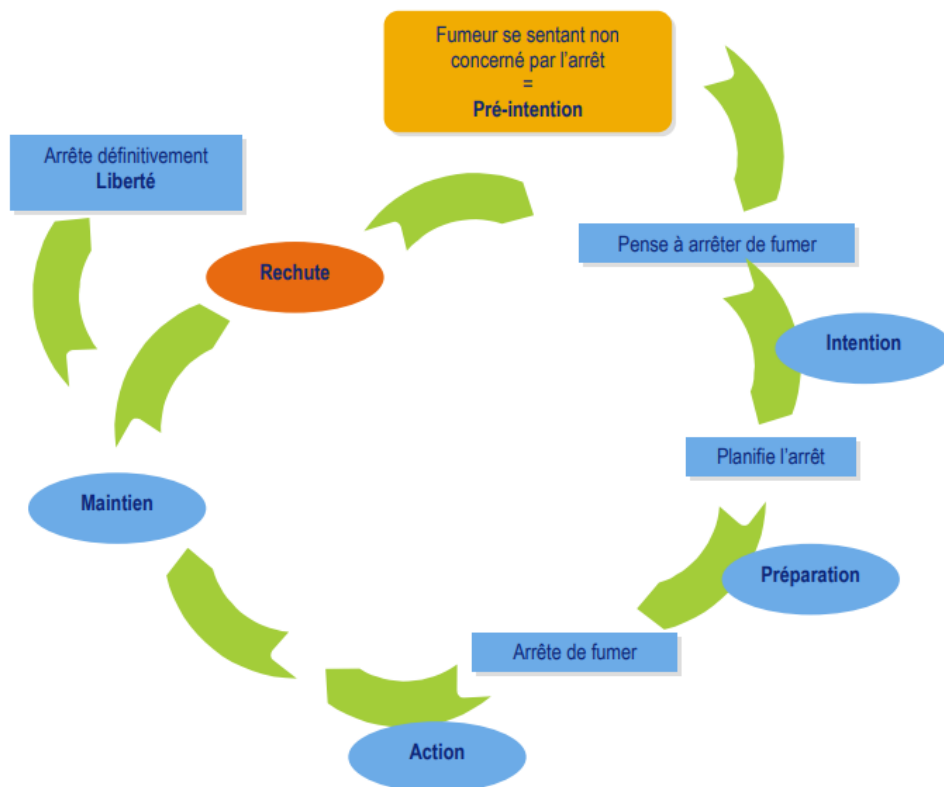


Figure 5 : modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et Diclemente - HAS (40)

II.3.2 Aide à l'arrêt

La première aide à l'arrêt que tout professionnel peut faire est le **conseil d'arrêt** (expliqué précédemment), la preuve scientifique étant établie (grade A selon la HAS). Il a été prouvé que le conseil d'arrêt augmente de 66% les chances de sevrage tabagique après un an, par rapport à un groupe témoin n'ayant pas reçu de conseil d'arrêt (41).

Nous pouvons aussi prendre en charge ces patients en prescrivant des **traitements nicotiniques de substitution** (grade A selon la HAS). C'est un traitement de première intention qui contient de la nicotine, disponible sous plusieurs formes galéniques : sous forme transdermique (patches) associé à une forme orale (gommes, comprimés, inhalateurs). On conseille au patient de consommer une forme orale dès qu'il a envie de fumer, en plus du patch en continu sur 16 ou 24 heures.

La nicotine arrive plus rapidement au cerveau par forme orale que transdermique, mais toujours moins vite qu'une cigarette. Une revue systématique publiée en 2018 par Hartmann-Boyce et al a recensé 133 études avec 64 640 participants ; ils ont démontré que les traitements nicotiques de substitution (TNS) augmentent de 50 à 60% les chances d'arrêter de fumer, par rapport à un groupe témoin (avec ou sans patch placebo selon les études) (42).

Les patches de nicotine **diffusent en continu** dans le sang, contrairement à la cigarette où la diffusion se fait par pic de nicotine. Les patches de nicotine permettent d'avoir une nicotémie suffisante dans le sang sur une journée pour éviter le syndrome de sevrage. Il faut donc comprendre que les patches de nicotine sont une **aide au sevrage tabagique à court terme** permettant d'éviter les effets nocifs du tabac dont nous avons discuté dans le chapitre précédent.

Les patches se mettent sur la peau pendant 24 heures, les doses à choisir sont 7, 14 ou 21 mg de nicotine ; ou sur 16 heures, les doses sont alors 10, 15 ou 25 mg de nicotine. La durée sur 24 heures est meilleure que 16 car elle **limite le craving au réveil**, mais on préconise tout de même sur 16h pour certaines catégories de personnes comme les femmes enceintes par exemple. Il peut avoir une réaction cutanée locale, il ne faut donc pas oublier de changer la zone cutanée pour éviter ce désagrément. On dit, à titre indicatif qu'une cigarette fumée par jour équivaut à 1 mg de nicotine par jour. En revanche, une cigarette roulée équivaut à 2 mg de nicotine. Cela permet d'avoir un indicateur pour commencer le traitement qui doit être réévalué par la suite grâce aux syndromes de sous ou surdosage, le mécanisme est donc **empirique** par cette méthode. Cependant une autre méthode existe dans les consultations spécialisées, équipées de testeurs de monoxyde de carbone qui permettent de déterminer plus précisément la posologie d'emblée. En effet, la mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré n'est pas nécessaire au dépistage en premier recours mais elle permet de d'identifier le degré d'intoxication tabagique. Cette technique peut être bénéfique pour que le patient soit motivé et se rende compte des bénéfices rapides de l'arrêt.

La durée de traitement est de **3 mois** et dure aussi longtemps que nécessaire selon les recommandations de la HAS (33).

Les traitements nicotiques de substitution sont aujourd'hui remboursés par l'assurance maladie à hauteur de 65% depuis le 1^{er} janvier 2019, et un complément à hauteur de 35% est réalisé par les mutuelles. Auparavant, un forfait de 150 euros était attribué à une personne par an. Le remboursement n'est possible seulement si le produit est prescrit par un professionnel de santé : médecin, sage-femme, dentiste, masseur-kinésithérapeute, infirmier (43). La prescription doit faire apparaître l'identification complète du professionnel (nom, qualification, numéro d'identification et signature), le nom et prénom du patient, la date de rédaction de l'ordonnance, la dénomination du dispositif médical et, le cas échéant, la quantité prescrite (44). La liste des substituts nicotiques (patches, gommes à mâcher) remboursés est disponible sur le site de l'assurance maladie.

D'autres techniques d'aide au sevrage tabagiques sont possibles.

L'accompagnement personnalisé de la part du professionnel est fortement recommandé par la HAS (grade A). Cela peut se traduire par un entretien motivationnel, un soutien psychologique, une thérapie cognitivo-comportementale par exemple.

Des médicaments sont aussi disponibles : la **varénicline** et le **bupropion**, mais ils ne sont utilisés qu'en seconde intention à cause des effets secondaires.

De multiples autres moyens sont possibles, comme **l'activité physique** par exemple. Même si des études sont contradictoires à propos de l'intérêt de l'activité physique sur l'aide au sevrage, elles semblent s'accorder sur le bénéfice de l'activité physique sur les symptômes liés au sevrage, tels que le craving, l'anxiété ou la prise de poids par exemple (45,46).

Des techniques alternatives sont aussi utilisées par les fumeurs qui tentent d'arrêter comme par exemple **l'acupuncture** (47) ou **l'hypnothérapie** (48).

Dans son guide de recommandations de bonnes pratiques, la HAS a classé ces 3 derniers traitements dans « accord d'expert (AE) », c'est-à-dire que les experts se sont accordés à dire que ces traitements n'ont pas de contre-indication et peuvent être envisagé en l'absence de données scientifiques complémentaires (33).

II.4 Le MK face au tabac

II.4.1 Impacts sur la prise en charge

Les MK sont confrontés aux méfaits du tabac dans leur profession. Le tabac est un facteur de risque de multiples pathologies : elles peuvent être la cause de la venue du patient (par exemple la BPCO) et peuvent limiter la rééducation, voir la rendre impossible.

Nous allons ici exposer quelques pathologies liées au tabac que le MK retrouve en cabinet (en plus de celles discutées précédemment dans la partie II.2.2 L'impact des autres substances contenues dans le tabac).

- Broncho-pneumopathie chronique obstructive BPCO

Plus de 80% des cas de BPCO sont dus à tabagisme actif ou passif. C'est une pathologie à point de départ respiratoire, les bronches et les poumons sont inflammés et l'évacuation muco ciliaire est défaillante. Cela provoque un emphysème, un épaississement des bronches, une fibrose et une diminution de la lumière par des mucosités. Très vite, une spirale de déconditionnement se met en place : dyspnée, anxiété, sédentarisation, déconditionnement musculaire, dépression. C'est une pathologie respiratoire obstructive qui nécessite une prise en charge kinésithérapique au long terme. La réhabilitation respiratoire permet d'améliorer la qualité de vie et la capacité à l'exercice de ces patients (49). Cependant, le premier traitement est l'arrêt du tabac qui permet de limiter son évolution ...

- Pathologies respiratoires de l'enfant

Le tabagisme passif augmente l'incidence des maladies respiratoires de l'enfant. On dit que pour 3 cigarettes fumées par l'entourage, c'est 1 fumée par l'enfant. On distingue le tabagisme passif in-utero, dû à la mère, et le tabagisme ex-utero, dû à l'entourage de l'enfant. Les principales pathologies sont la bronchiolite, qui augmente le risque de 72% si la mère est fumeuse (le tabagisme passif est le principal facteur de risque), l'asthme (augmentation de la prévalence, de la gravité et du nombre d'exacerbation), la mucoviscidose où le tabac aggrave la pathologie. (50)

- Cancer du sein

Le tabac augmente le risque de cancer du sein avant la ménopause (30). Le MK a une place centrale dans la rééducation suite à un cancer du sein, après mastectomie ou ablation de ganglions lymphatiques par exemple. (51)

- Cicatrisation

La circulation cutanée est limitée par le tabagisme. En effet, le monoxyde de carbone, gaz toxique contenu dans la cigarette, produit une hypoxie cutanée, c'est-à-dire une diminution de l'apport sanguin à la peau. De plus, la nicotine a un effet vasoconstricteur. Cela implique des complications post-opératoires exacerbées chez les patients fumeurs, par exemple des cicatrices pathologiques où on observe un retard de cicatrisation, une cicatrice hypertrophique ou une infection. De même, les patients bénéficiant de lambeaux cutanés auront moins de réussite chirurgicale. (30)

D'où l'importance d'un sevrage tabagique avant une opération chirurgicale : le processus de guérison et les complications post-opératoires sont réduits.

- Système musculosquelettique

Le tabagisme entraîne une perte précoce de la densité osseuse, donc il existe une prévalence des fractures augmentée dans la population de fumeurs (52). Il existe aussi des effets négatifs sur les muscles et les tendons. En effet, la tendinopathie a une étiologie multifactorielle et le tabac est un des facteurs de risque extrinsèques. De plus, il a été démontré que le tabac est un facteur de risque de chronicisation du mal de dos, dont la lombalgie (53).

- Incontinence urinaire

Le tabac provoque des toux chroniques, ce qui fragilise le périnée. De plus, la nicotine a des effets hormonaux qui nuisent à la synthèse du collagène présent dans le tissu périnéal, ce qui entraîne une perte de tonicité du tissu. Le tabagisme est donc un facteur de risque d'incontinence urinaire sur lequel il est fondamental d'agir (54).

Ainsi, par ces quelques exemples, on comprend que le tabac est un véritable outil en rééducation à prendre en compte pour une prise en charge la plus complète et optimale.

II.4.2 La masso-kinésithérapie, une nouvelle profession prescriptrice

Les MK ont de nombreux outils à disposition pour aider au sevrage tabagique. Ils peuvent dépister, procurer des conseils, prescrire des traitements nicotiques de substitution (TNS) et assurer un suivi aux fumeurs qui sont prêts à arrêter.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a donné le droit aux MK de prescrire des TNS, ainsi qu'à d'autres professionnels de santé (médecins du travail, chirurgiens-dentistes, et infirmiers) en plus des médecins et sages-femmes, déjà habilités à prescrire. Cette loi a pour but de « *rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée* » et notamment d'« *innover pour garantir la pérennité de notre système de santé* » (1). C'est donc plus de professionnels sur le terrain qui sont habilités à prescrire des TNS : statistiquement plus de fumeurs se voient alors proposer une aide à l'arrêt.

Ce droit de prescription renforce le rôle du MK dans la lutte anti-tabagisme, et s'inscrit dans une logique globale de santé publique dans lequel les MK ont de plus en plus d'importance. En effet, dans le code de santé publique, l'article R4321-13 déclare « *le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement* » (55). De plus, avec la réforme des études en masso-kinésithérapie, les étudiants sont plus sensibilisés à la prévention et la promotion de la santé. Par exemple, le service sanitaire, développé en 2018, permet aux étudiants de découvrir la démarche en organisant sur le terrain des actions de prévention sur les thèmes de l'activité physique, l'addiction au tabac et à l'alcool, ...

La prescription est un droit acquis par les MK depuis le 14 janvier 2006 pour une liste de dispositifs médicaux (44). Le MK est habilité à prescrire tant qu'il agit dans le cadre de sa compétence et sans contre-indication du médecin. Cette avancée dans la profession avec l'acquisition récente de nouvelles compétences professionnelles montre le renforcement du rôle d'éducateur et de promoteur de la santé de la part du MK. Le masseur-kinésithérapeute est de plus en plus sollicité à analyser ses patients de manière globale selon le modèle bio-psycho-social. Par exemple, le masseur-kinésithérapeute ne prend pas en charge qu'une tendinopathie, mais un homme qui a des multiples facteurs de risques, dont le tabagisme.

III. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

Le tabac est un fléau, il tue plus de 75 000 personnes par an en France (3). Face à cet enjeu de santé publique majeur, différents acteurs ont pris le problème à bras-le-corps et beaucoup de moyens ont été mis en œuvre pour guider les fumeurs vers le sevrage tabagique. On peut par exemple citer l'élargissement du droit de prescription de TNS, mis en place par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Les MK sont alors devenus prescripteurs de TNS ; cependant ce droit semble être très peu utilisé par les MK.

La problématique de ce travail est alors : « **Depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016, comment se situent les MKLB par rapport à la prescription de traitements nicotiques de substitution ?** »

Pour répondre à cette problématique, les hypothèses de recherche sont :

- Hypothèse 1 : les MK se sentent utiles dans la lutte anti-tabac.
- Hypothèse 2 : Les MK connaissent mais n'utilisent pas le droit de prescription de TNS.
- Hypothèse 3 : Les MK ne se sentent pas compétents à prescrire du fait d'un manque de formation.

L'objectif de la recherche est double. Tout d'abord, des données quantitatives seront recueillies afin d'évaluer la connaissance et l'utilisation de ce droit par les MKLB. Ensuite, des données qualitatives seront recueillies afin d'identifier les freins à la prescription par les MKLB.

IV. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

IV.1 Choix de l'outil

La méthodologie de ce travail d'initiation à la recherche est divisée en 2 outils distincts qui permettent de recueillir les données nécessaires : l'entretien semi-directif exploratoire et le questionnaire.

L'entretien exploratoire permet de rechercher les variables qualitatives qui permettront de mieux construire le questionnaire.

Le questionnaire permet de recueillir un échantillon conséquent pour représenter une pratique d'une population, à savoir ici, l'état des lieux de la prescription des TNS par les MK libéraux bretons.

IV.2 Les entretiens exploratoires

IV.2.1 Intérêt des entretiens

Pour élaborer un questionnaire le plus représentatif des idées des MK sur la question, des entretiens individuels de masseurs-kinésithérapeutes « experts » dans la prescription des traitements nicotiniques de substitution, c'est-à-dire des MK qui ont suivi des formations sur ce sujet et prescrivent des TNS, ont été effectués.

La formule d'entretien choisie est semi-directif ; c'est la formule mixte, l'intermédiaire entre l'entretien directif et non-directif. Elle permet de guider les interviewés sur des thèmes préétablis tout en leur laissant une liberté d'expression.

Le but de cette méthode est de collecter les idées des MK sur les thèmes proposés, de discuter afin de recueillir des points de vue différents. Cela permet de repérer des informations auxquelles je n'aurai pas pensé jusqu'alors. Cette méthode permet aussi de tester des questions qui seront utilisées dans le questionnaire et de vérifier qu'il n'y ait pas d'ambiguïté sur le sens de la question. (56)

IV.2.2 Public ciblé

La démarche a été de rechercher des MK ayant une connaissance et une expertise dans ce sujet. Les critères d'inclusion sont : MK travaillant en France, en libéral, ayant suivi une formation sur les TNS et en ayant déjà prescrit. Par l'intermédiaire des réseaux sociaux, deux MK ont pu être interviewés.

Les entretiens se sont déroulés par téléphone. Cette technique a plusieurs avantages : elle permet d'interviewer les personnes à distance, de questionner des MK de toute la France. Cela laisse plus facilement le choix à l'interviewé du lieu et de l'horaire où se déroule l'entretien. Ainsi, il a la possibilité de choisir un lieu où il se sent familier pour répondre le plus spontanément possible. Par exemple, si l'entretien est réalisé à la fin de sa journée de travail dans son cabinet, il n'est pas pleinement disponible pour l'entretien (gestion de la fatigue, pression professionnelle, ...). On peut tout de même noter un gros point négatif de l'entretien téléphonique : l'absence de contact visuel. En effet, cela prive l'interviewer du non-verbal (gestuelle, posture, expressions du visage, ...) et donc ôte une source d'information intéressante d'analyse.

Dans tout type d'entretien, l'interviewer doit se montrer neutre, sinon des biais apparaissent : la personne peut mentir, ne pas dire ce qu'elle pense. Il est donc primordial de ne pas être familier ou jugeant pour que le recueil d'information soit interprétable.

IV.2.3 Construction du guide d'entretien

Le guide d'entretien s'est construit sous la forme d'un « entonnoir ». C'est-à-dire que l'on part de questions générales et larges pour découler sur des questions spécifiques à la problématique. [ANNEXE I]

Dans le guide d'entretien, 4 thèmes ont été développés : la formation et le parcours professionnel du MK, son positionnement et son intérêt face à la lutte anti-tabac, son utilisation de la prescription des TNS et enfin son avis sur l'utilisation de la prescription des TNS par l'ensemble des MK libéraux français. Les questions sont ouvertes pour que la personne justifie sa réponse et ne se contente pas d'une simple affirmation ou négation.

Par le biais de ces entretiens, j'ai voulu prendre de la hauteur sur la problématique et laisser la personne s'exprimer librement. Cela permet de collecter le point de vue de MK « experts » sur l'intérêt de l'implication du kiné dans le sevrage tabagique, les principaux

freins à la prescription de substituts nicotinique et les outils à disposition des MK pour aider à l'arrêt.

IV.2.4 Exploitation des résultats

Les entretiens ont été réalisés entre le 5 et le 9 octobre 2020. En annexe, un des entretiens est disponible pour observer les types de réponses possibles. [ANNEXE II]

Entretien N°1 (5/10/2020)	Homme, diplômé en 2015, libéral travaillant dans région centre-val de Loire	Durée = 42 minutes
Entretien N°2 (9/10/2020)	Femme, diplômée en 2016, libéral travaillant dans la région Ile-De-France	Durée = 32 minutes

Des thèmes ont pu être extraits des 2 entretiens, et serviront à établir le questionnaire et plus précisément les réponses préétablies.

Tout d'abord, les deux interrogés ont mis l'accent sur la **place de choix qu'ont les MK dans le sevrage tabagique**, notamment grâce à la pratique du travail libéral : un patient par demi-heure, vu régulièrement, parfois plusieurs fois par semaine. Cela permet un meilleur suivi que d'autres professions qui ne voient pas souvent les patients. L'un déclare « *on voit pas mal de patients fumeurs, on les voit un peu plus sur la durée* » (entretien 1), tandis que l'autre « *on va suivre des patients sur du moyen/ long terme [...] on peut faciliter le suivi sans que ce soit trop chronophage* » (entretien 2). Avec la réingénierie des études en masso-kinésithérapie, les MK ont un rôle primordial dans la santé publique et l'éducation thérapeutique des patients : « *je fais partie des personnes en première ligne pour agir* » (entretien 2). Les traitements nicotiques de substitution sont le premier traitement à mettre en place lorsqu'un fumeur décide d'arrêter de fumer « *la première des actions qu'on peut mettre en place* » (entretien 2), donc le maximum de prescripteurs il y a, mieux c'est. De plus, le MK libéral tend de plus en plus à travailler en réseau, et cela permet de réorienter lorsque la prise en charge dépasse ses compétences : « *Éventuellement rediriger vers le médecin pour des traitements de seconde intention* » (entretien 1).

Un deuxième thème est ressorti de ces entretiens : **les moyens de sensibilisation à la prescription des TNS par les MK, et plus largement de la lutte anti-tabac.** Les deux interrogés pensent que la proportion de MK qui connaissent la possibilité de prescrire des TNS doit osciller autour de 20%, et estiment que c'est trop peu « *parce que ça fait partie des besoins identifiés en matière de santé publique et que c'est ... (silence), c'est pas un geste trop compliqué non plus* » (entretien 2). Tous les 2 ont suivi des formations sur les TNS, ce qui leur a permis d'être à l'aise avec cet outil et de pouvoir le proposer au patient. Les différents types de formations leur semblant appropriés pour former les MK libéraux ont été recueillies : les formations locales pluriprofessionnelles courtes, le temps d'un soir et permettant de se construire un réseau, à l'occasion du « mois sans tabac » leur semble être la meilleure option ; les réseaux type URPS/ ordre pouvant communiquer sur ce droit de prescription par newsletter peut aussi être intéressant ; une diffusion d'un guide de la prescription associé à une fiche type prescription serait aussi bénéfique.

Un troisième thème est ressorti des entretiens : les **possibles freins à la prescription des substituts nicotiques par les MK.** Cette partie suit l'hypothèse des MK interviewés selon laquelle les MK ne prescrivent que très peu de substituts nicotiques, ce point sera à vérifier grâce aux résultats du questionnaire. Les interviewés m'ont fait part de leur ressenti d'être une minorité à prescrire des substituts nicotiques. Selon eux, de multiples freins à la prescription sont à l'origine de ce faible engouement. Plusieurs points ressortent des entretiens : la formation non suffisante qui entraîne une peur de mal faire « je ne me sentais pas *capable* » (entretien 2), « *ça fait peur de prescrire des substances* » (entretien 1). Ensuite, la peur de rompre le lien avec le patient, « *que ça crée une mauvaise relation thérapeutique* » (entretien 1), certains MK peuvent avoir peur de poser la question de la consommation tabagique en se disant que ce n'est pas leur rôle, ils n'ont pas envie de passer pour le « rabat-joie » qui va répéter une énième fois les propos d'autres professionnels. Une autre raison de la « non-prescription » par les MK est qu'il faut « avoir la patientèle » (entretien 2), c'est-à-dire des fumeurs voulant arrêter de fumer, sinon évidemment la prescription des TNS n'est pas appropriée. La prescription de TNS, mais plus largement de tout dispositif médical, n'est pas répandue chez les MK car ce « *n'est pas dans notre identité professionnelle de prescrire des médicaments* »,

« *c'est aux autres de le faire* » (entretien 1). Ainsi, certains MK peuvent penser que « *ce n'est pas notre boulot et que notre participation n'a pas d'intérêt* » (entretien 1)

En clair, pour certains la santé publique n'est pas forcément adaptée à la pratique libérale qui se limiterait à « *des conseils généraux de santé appliqués à mon patient mais jamais à une population* » (entretien 1).

IV.3 Le questionnaire

IV.3.1 Intérêt du questionnaire

Le questionnaire est le mode de recueil de données qui permet de faire un état des lieux sur la prescription des traitements nicotiques de substitution par les masseur-kinésithérapeutes. C'est une méthode qui permet d'analyser des réponses quantitatives et qualitatives sur un grand nombre de répondants. L'objectif étant de « *mesurer la fréquence de caractéristiques (situations, comportements, opinions ou attitudes...) dans une population donnée* » - Isabelle Parizot (57).

Le questionnaire nécessite un travail organisé en amont car chaque question doit être interprétable. Il est primordial de lister les informations que l'on veut recueillir et qui permettront de répondre aux objectifs de recherche ; un questionnaire mal construit, est un questionnaire qui n'est pas interprétable.

IV.3.2 Population

Pour diffuser le questionnaire, il faut connaître la population cible.

Les critères d'inclusion sont les critères que doivent présenter les personnes pour répondre au questionnaire. Ici, ce sont les masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'Etat, exerçant en libéral, en Bretagne.

Cet échantillon a été choisi pour plusieurs raisons. Seuls les MK libéraux ont été inclus car les MK salariés sont beaucoup moins enclins à la prescription étant donné que des médecins sont disponibles sur place, dans les établissements. Ensuite, seulement les MK bretons ont été inclus car la Bretagne est beaucoup plus touchée que les autres régions par

le cancer du poumon et la BPCO, maladies dues au tabac. De plus, étant originaire de Bretagne, faire un état des lieux sur ma région fait sens car je connais les acteurs du terrain, cela me permettra de réfléchir à des plans d'action plus facilement. Enfin, les MK ne connaissant pas la possibilité de prescrire des substituts nicotiques ne sont pas exclus car le but de ce questionnaire est de faire un état des lieux, d'être le plus représentatif de la population, il est donc intéressant d'inclure tout type de réponse sur ce sujet.

Selon le rapport démographique de l'ordre des MK de 2020, 90 315 MK exercent en France au 1^{er} janvier 2020, 85,3% d'entre eux exercent en libéral. Le nombre de MK en exercice sur la Bretagne est de 4 613 masseur-kinésithérapeutes (58), si l'on considère que le rapport libéral/salarié est le même en Bretagne qu'en France, alors 3 935 MK exercent en libéral en Bretagne.

IV.3.3 Format

Le questionnaire est au format auto-administré. C'est un questionnaire en ligne, qui ne nécessite pas de personne qui interroge le répondant (59). Le logiciel « LimeSurvey », proposé par l'Université de Bretagne Occidentale, permet de récolter les informations en instantanée.

Cette méthode a plusieurs points positifs : c'est extrêmement **peu coûteux**, comparativement à la diffusion par envoi postal (paiement des timbres) ; le questionnaire peut être **diffusé à grande échelle** grâce à internet, donc une large population y a accès à distance ; cela permet de **collecter rapidement les données**.

Mais comme toute méthode de recueil d'informations, il y a aussi des points négatifs qu'il est important de connaître. Le plus gros problème du questionnaire sur internet est que le taux de réponse est **faible**, environ 11% de réponses en moins que pour les autres questionnaires (par voie postale, en face à face ou par téléphone) (60). De plus, contrairement à un questionnaire en face à face, la personne aura plus de facilité à stopper le questionnaire avant de l'avoir fini et à « mentir » sur des questions jugeant son comportement.

Le format des questions doit être réfléchi. Les questions fermées sont les réponses type binaire (OUI/NON), à choix multiple prédéfini ou d'échelle de mesure. Ce sont les questions à favoriser dans un questionnaire. Elles ont l'avantage d'être analysables facilement, mais pour les questions fermées qualitatives, il est important de s'assurer que tous les types de réponses de la population sont proposées, au risque que le MK se sente obligé de cocher une réponse qui n'exprime pas fidèlement ses pensées, donc les résultats seraient faussés (d'où l'intérêt de faire des entretiens exploratoires). A partir de ce constat, il faut faire attention à ne pas donner trop de choix, mais aussi trop peu : le mieux étant de faire des groupes de réponse. Pour les questions nécessitant des échelles de mesures, il a été préféré d'utiliser des intervalles plutôt que des adverbes qui sont propres à l'interprétation de chaque individu. Par exemple au sujet de la prescription, on préfère demander si la personne prescrit une fois par mois, plutôt que demander d'utiliser un adverbe. En effet, une personne pourrait se dire qu'une fois par mois signifie souvent, tandis que pour une autre personne, cela signifie rarement. Les intervalles sont pairs, car il a été choisi de ne pas accepter la neutralité dans les réponses.

Les questions ouvertes permettent au répondant de dire ce qu'il pense sans être influencé par des réponses types. C'est une mine d'informations, mais cela ne doit pas être la majorité d'un questionnaire, sinon cela signifie ce n'est pas la bonne méthodologie. Cependant, quand la personne n'est pas intéressée par le sujet, la question ouverte peut entraîner de la paresse et le répondant peut même arrêter de répondre au questionnaire plutôt que de prendre du temps pour rédiger. C'est une méthode chronophage autant pour le répondant que pour l'enquêteur qui doit analyser les réponses. Dans ce questionnaire, il y a deux questions ouvertes non-obligatoires à la fin du questionnaire, car on laisse la possibilité à la personne de s'exprimer sur le thème.

Les questions mixtes sont fermées et ouvertes grâce à l'ajout du « autre » permettant à la personne d'ajouter un choix non préétabli. Ce type de question doit être rare car il y a un travail d'analyse conséquent, et cela augmente le temps global de réponse au questionnaire : le répondant doit réfléchir entre cocher une réponse préétablie qui n'est pas exactement formulée comme il le pense ou écrire ce qu'il pense vraiment. Cependant, il est quelques fois essentiel d'avoir des questions mixtes lorsqu'il est difficile de représenter toute une population.

Ce questionnaire comporte 19 questions fermées, 3 questions mixtes et 2 questions ouvertes.

IV.3.4 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire se décompose en 5 items, il est disponible en annexe [ANNEXE III]. Le premier item permet de mieux connaître le répondant, ce sont des questions générales. Le deuxième permet de discerner l'appétence du MK pour la prescription des dispositifs médicaux. Le troisième sert de « porte d'entrée » à la prescription des TNS : on découvre si le MK est sensibilisé au dépistage de la consommation tabagique chez ses patients. Le quatrième item donne des informations sur la connaissance et la prescription des substituts nicotiques par le répondant. Enfin la cinquième partie est plus générale, on cherche à savoir comment le MK se place dans l'aide à l'arrêt. Ainsi, les quatre premières parties sont de plus en plus ciblées, puis la dernière partie prend de la hauteur en questionnant globalement le MK sur son rôle dans le sevrage tabagique. Chaque page du questionnaire en ligne correspond à une partie, c'est-à-dire que le questionnaire est au format paging (59).

Dans la partie « Informations générales », l'année d'obtention du diplôme, l'éventuelle spécialisation, et la consommation personnelle tabagique du MK sont recherchés. L'année d'obtention du diplôme permet de savoir si les diplômés depuis 2016, ayant normalement eu une formation initiale sur la prescription des substituts nicotiques, sont plus au courant de cette possibilité que les diplômés avant 2016. Savoir si le MK est fumeur, non-fumeur ou ex-fumeur permet de connaître un peu mieux l'implication des MK selon leur consommation tabagique.

Dans la partie « Informations sur la prescription des dispositifs médicaux », je demande au répondant s'il prescrit des dispositifs médicaux. Si oui, je lui demande ce qu'il prescrit et à quelle fréquence ; s'il ne prescrit pas, je demande quels sont les freins à la prescription. Les réponses à la question « *pourquoi ne prescrivez-vous pas ?* » ont été préétablies, une liste non-exhaustive rassemblant la majorité des opinions a été créée. Cependant, pour ne pas frustrer les répondants qui ne verraient pas leur réponse dans les choix, une réponse « autre choix » est possible, sans pouvoir la justifier. Le répondant

choisit entre : le manque de temps « *je n'ai pas le temps* », le manque d'envie « *je n'éprouve pas d'intérêt personnel pour la prescription* », le manque de connaissance « *je ne me sens pas apte à prescrire* », la prescription ne faisant pas partie de son identité professionnelle « *ce n'est pas adapté à l'exercice de la profession MK* », la non-valorisation de l'acte « *ce n'est pas un acte reconnu financièrement* » et la pensée que d'autres professions sont plus à même de prescrire « *je ne me sens pas le mieux placé pour prescrire* ». Cette partie sert de comparatif à la prescription des substituts nicotiques.

Dans la partie « informations sur le repérage des patients fumeurs », l'implication des MK dans le dépistage de la consommation tabagique est recherchée. Cette partie permet de mieux appréhender la suite du questionnaire sur les traitements nicotiques de substitution. Il est important de connaître la pratique des MK en terme de dépistage tabagique, avant de demander leur connaissance et utilisation d'un moyen de sevrage.

Dans la partie « Informations sur la connaissance et l'utilisation de la prescription des TNS par les MK », le but est de recueillir des données quantitatives sur la connaissances et l'utilisation de la prescription de substituts nicotiques. Des données qualitatives sont aussi recherchées : on recherche par quel interlocuteur le MK a appris cette possibilité et s'il ne prescrit pas, pourquoi ? Les réponses préétablies sont similaires à la question « *pourquoi ne prescrivez-vous pas des dispositifs médicaux ?* », avec en plus : la patientèle qui n'est pas adaptée (fumeur et voulant arrêter) « *je n'ai pas la patientèle adaptée* » et la peur de rompre le lien thérapeutique « *j'ai peur de créer une mauvaise relation thérapeutique* ». Ainsi, les questions et réponses préétablies de cette partie sont sensiblement les mêmes que pour la partie des dispositifs médicaux, la comparaison peut alors se faire.

Dans la partie « La place du MK dans l'aide au sevrage », deux questions générales sont posées et recherchent l'avis du MK sur son rôle dans l'aide à l'arrêt du tabac et sur la prescription de TNS comme un outil MK. A la lecture de ces deux questions, le répondant peut justifier sa réponse et s'exprimer librement, ceci permet de mieux comprendre une pratique. Une dernière question est posée « *aimeriez-vous une formation sur la prescription des substituts nicotiques et l'aide à l'arrêt du tabac ?* ». Si la personne est intéressée par une formation, des choix de formations sont proposés avec l'aide des suggestions des MK experts lors des entretiens exploratoires.

Une fois le questionnaire finalisé, il est important de le faire tester par plusieurs personnes. Ainsi, on s'assure que le questionnaire est compatible sur tous les équipements (tablette, ordinateur, téléphone), que les questions et les réponses préétablies sont claires et compréhensibles de la même manière par tous. De plus, on peut avoir un ordre d'idée du temps de réponse. Il a été testé par 5 camarades de classe et par mon directeur de mémoire sur tout type d'interface. Le temps de réponse a été estimé à cinq minutes.

IV.3.5 Diffusion du questionnaire

Le questionnaire est auto-administré sur internet. Il est diffusé via le réseau social Facebook sur le groupe privé « breizh kiné » (1 800 membres), via des adresses mail recueillies par des étudiants allant en stage dans des cabinets libéraux (70 mail envoyés) et via la liste de diffusion de l'URPS Bretagne. Cela permet de toucher un maximum de personnes, sans coût financier. L'enquête s'est déroulée du 6/11/2020 aux 12/01/2021.

IV.3.6 Le traitement des données

Les réponses sont analysées à partir de mi-janvier à l'aide de 2 moyens : tri à plat et tri croisé. (61)

Le tri à plat consiste à traiter les réponses pour qu'elles deviennent quantitatives (sous forme de pourcentage par exemple). Pour les réponses fermées, l'analyse se fait rapidement en reportant les réponses sur un tableur. Pour les réponses ouvertes, en revanche, l'analyse nécessite plus de temps : il faut regrouper les réponses similaires pour en faire des groupes de réponses quantifiables. Le tri à plat permet d'avoir une première interprétation des réponses obtenues. Le tri croisé permet d'aller plus loin dans l'analyse, de traiter les réponses en les comparant entre elles.

V. RESULTATS

91 personnes ont répondu au questionnaire sur LimeSurvey, dont 79 réponses complètes et 12 incomplètes. Il n'a été conservé que les réponses complètes pour faciliter l'analyse des données.

V.1 Informations personnelles

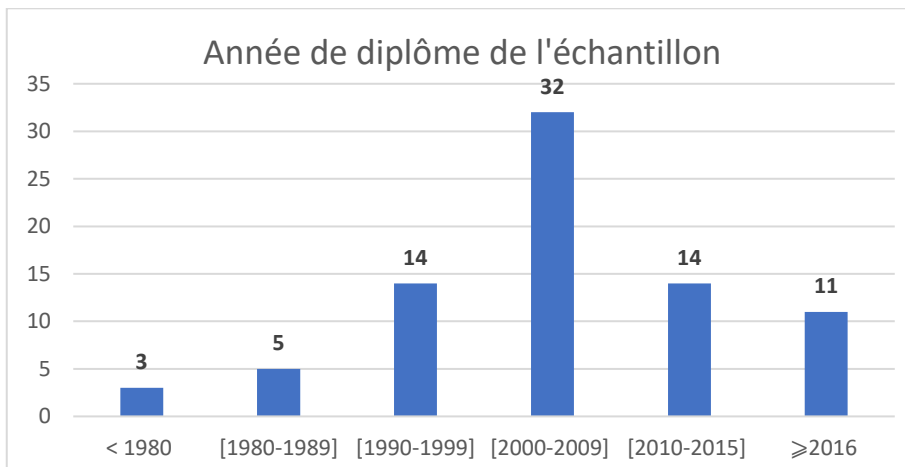


Figure 6 : année de diplôme de l'échantillon

Sur les 79 réponses complètes recueillies, la population la plus représentée est celle diplômée entre 2000 et 2009 : 40,51%.

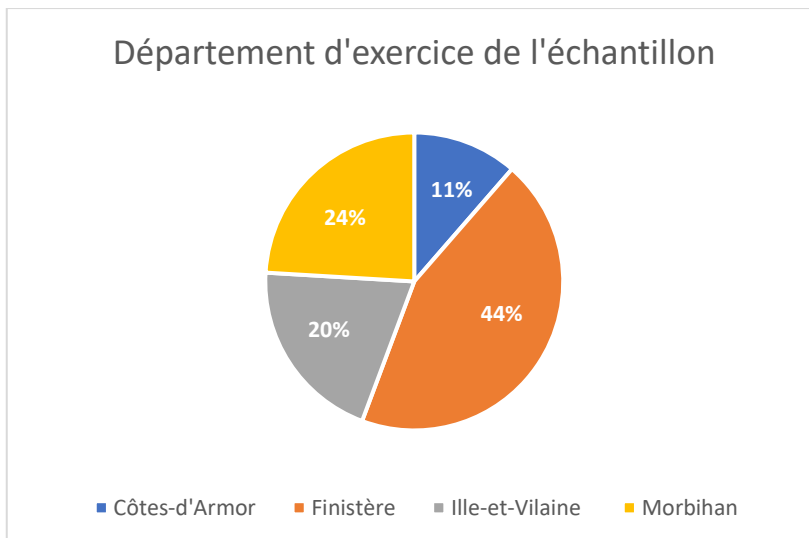


Figure 7 : département d'exercice de l'échantillon

Les MK du Finistère sont bien plus nombreux que les MK des autres départements bretons, ils représentent 44% de l'échantillon (n=35), tandis que les MK exerçant en Ile-
Et-Vilaine représentent 20% de l'échantillon (n=16), du Morbihan 24% (n=19) et des
Côtes d'Armor 11% (n=9).

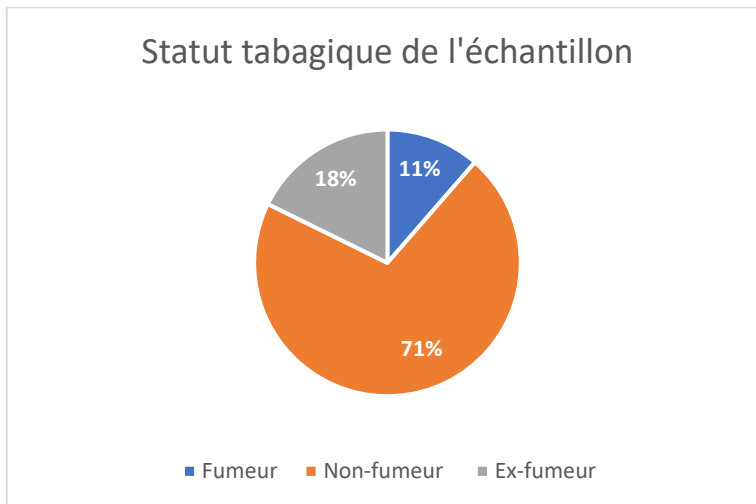


Figure 8 : statut tabagique de l'échantillon

Seulement 11% (n= 9) des répondants sont fumeurs.

V.2 Le repérage des fumeurs par les MK

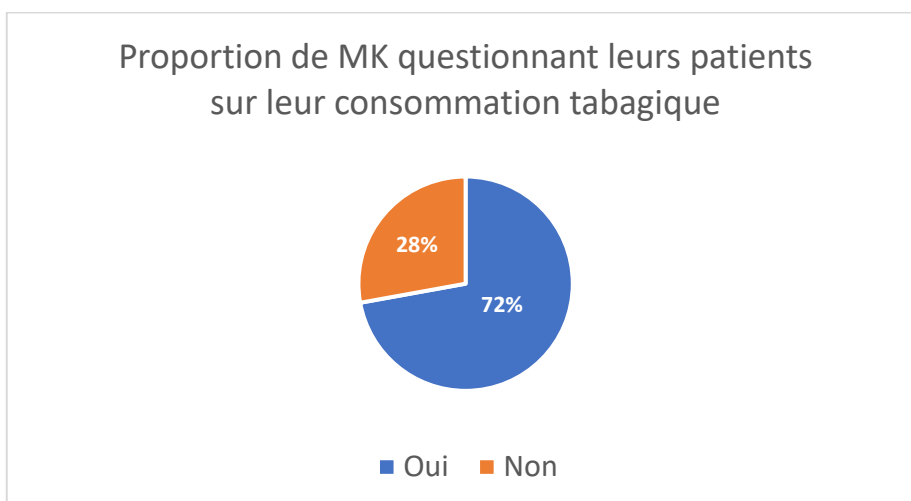


Figure 9 : proportion de MK questionnant leurs patients sur leur consommation tabagique.

72% (n= 57) des MK de l'échantillon effectuent un dépistage tabagique chez leurs patients.

A quel moment posez-vous la question à votre patient sur sa consommation tabagique ?

Réponse	Effectif	Pourcentage
Lors du bilan	22	38,60%
Lors des séances suivantes	7	12,28%
Cela dépend	28	49,12%

Tableau 1: moment où les MK effectuent le dépistage tabagique

Sur les 72% de MK déclarant effectuer un dépistage tabagique, 39% le font lors du bilan. Donc 28% des MK de l'échantillon dépistent lors du bilan.

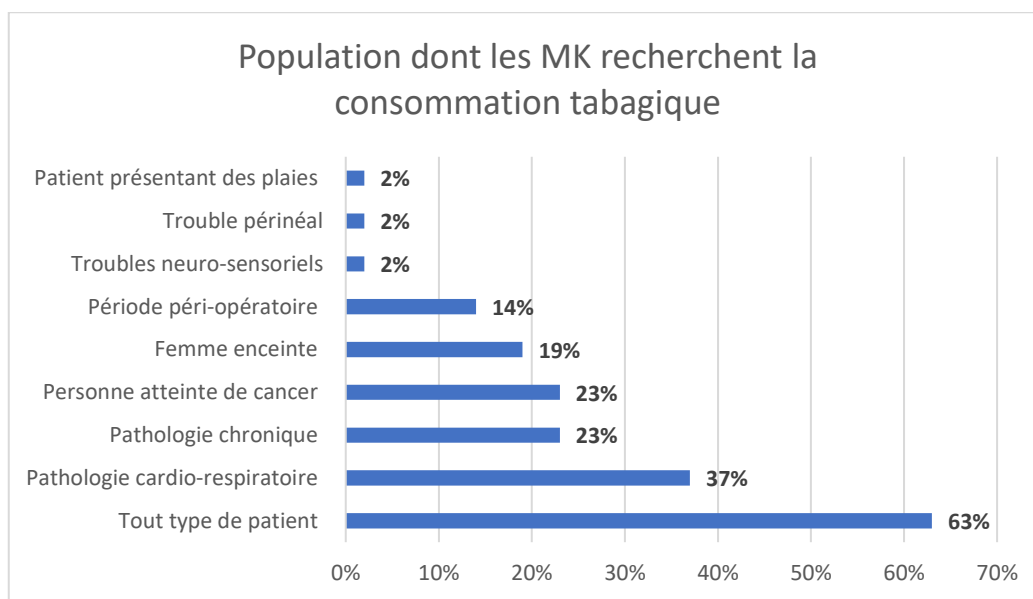


Figure 10 : population dont les MK recherchent la consommation tabagique

57 MK ont eu accès à cette question et il y a eu 105 réponses : les MK ont coché en moyenne 1,8 réponses. 63% des MK (n=36) ont coché « tout type de patient », c'est-à-dire qu'il ne porte pas une attention particulière selon la pathologie. Parmi toutes les pathologies retrouvées en cabinet libéral, celles où les MK sont le plus sensibilisés au dépistage tabagique sont les atteintes cardio-respiratoires : 37% des MK (n=21).

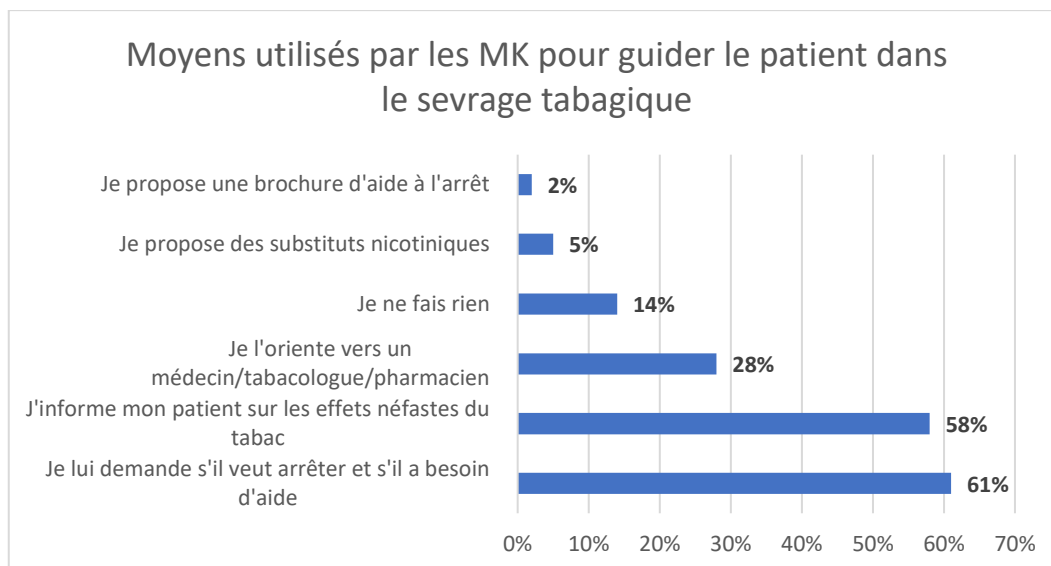
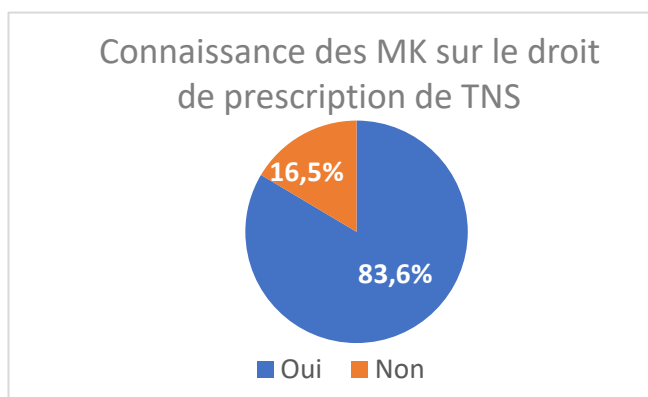


Figure 11 : moyens utilisés par les MK pour guider le patient dans le sevrage tabagique

57 MK ont eu accès à cette question et il y a eu 96 réponses, donc les MK ont coché en moyenne 1,7 réponses. Parmi les MK questionnant la consommation tabagique, il a été recherché les moyens qu'ils mettent généralement en œuvre pour aider les patients à arrêter de fumer. On remarque que les MK adoptent plusieurs stratégies. 61% (n=35) des MK ayant eu accès à cette question demandent si le patient a envie d'arrêter et s'il a besoin d'aide, et 58% (n=33) informent sur les effets néfastes du tabac ; donc pratiquent le conseil d'arrêt. 28% (n=16) réorientent le patient, une minorité propose des substituts nicotiniques (n=3), ou une brochure d'aide à l'arrêt (n=1). 14%(n=8) des répondants déclarent ne pas exploiter cette information dans la prise en charge. On voit donc que les moyens mis en œuvre sont très hétérogènes.

V.3 La connaissance et l'utilisation de la prescription des TNS



84% des interrogés (n=66) connaissent l'autorisation à la prescription des traitements nicotiniques de substitution pour les MK.

Figure 12 : connaissance des MK sur le droit de prescription des TNS

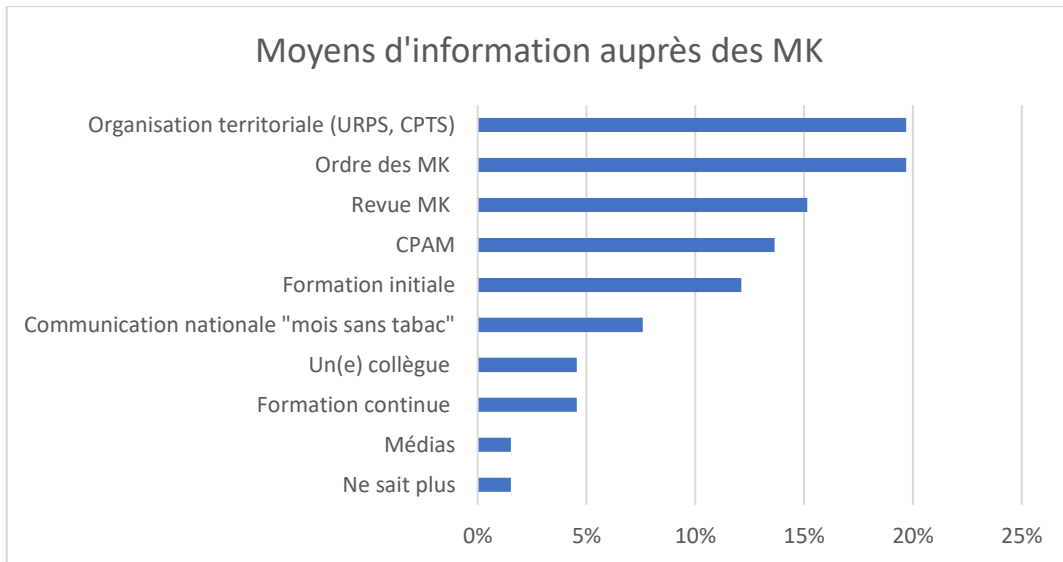


Figure 13 : moyens d'information du droit de prescription des TNS auprès des MK

Il a été recherché par quels canaux les MK ont eu connaissance de ce droit. Il en ressort que les organisations territoriales (CPTS, URPS) et l'ordre des MK sont les plus importantes : 40 % des MK qui connaissent ce droit l'ont appris via ces deux intermédiaires. La CPAM est un intermédiaire auquel je n'avais pas pensé lors de la conception, qui a été cité par 14% des MK dans « autre ».

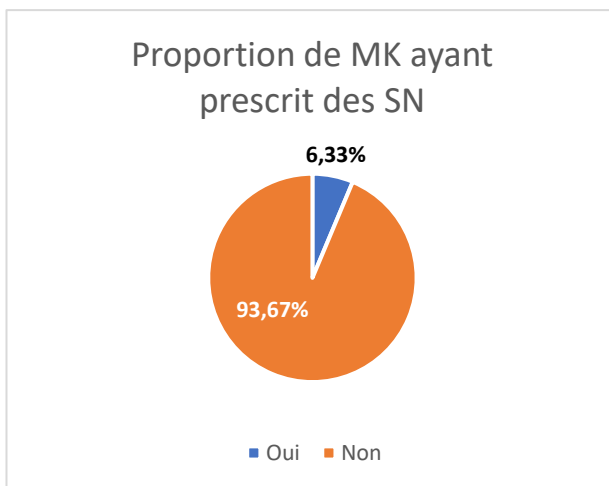


Figure 14 : proportion de MK ayant prescrit des TNS

Sur la totalité de l'échantillon, 6,33% des MK (n=5) ont déjà prescrit des substituts nicotiques.

A quelle fréquence prescrivez-vous ?

Réponse	Effectif	Pourcentage
Jamais	74	93,67%
Moins d'une fois par an	2	2,53%
Plus d'une fois par an	3	3,80%
Plus d'une fois par mois	0	0,00%
Plus d'une fois par semaine	0	0,00%
Total	79	100%

Tableau 2: fréquence de prescription des TNS par les MK

Parmi les MK ayant déjà prescrit des TNS, on remarque qu'ils le font rarement.

Pourquoi ne prescrivez-vous pas de substituts nicotiques ?

Réponse	Effectif	Pourcentage
Je ne me sens pas le mieux placé pour le faire	38	62%
Je ne me sens pas apte à prescrire des substituts nicotiques	33	54%
Je n'éprouve pas d'intérêt personnel pour la prescription des substituts nicotiques	9	15%
Je n'ai pas la patientèle adaptée	5	8%
Autre	5	8%
Ce n'est pas un acte reconnu financièrement	3	5%
Je n'ai pas le temps	2	3%
J'ai peur de créer une mauvaise relation thérapeutique	0	0%

Tableau 3: freins à la prescription de TNS par les MK

Parmi les MK ayant connaissance de ce droit de prescription et ne l'utilisant pas, les freins ont été recherchés. Les 61 personnes ayant accès à cette question ont coché 95 réponses. Donc les MK identifient en moyenne 1,6 freins à la prescription de TNS. On voit apparaître 2 grandes raisons de non-prescription de TNS : 62% ne prescrivent pas car ils ne se sentent pas le mieux placé pour le faire et 54% car ne se sentent pas aptes à prescrire des TNS. 15% n'éprouvent pas d'intérêt personnel pour la prescription de TNS, 8% disent ne pas avoir la patientèle adaptée, 5% identifient la non-valorisation financière de cet acte comme étant un frein, 3% déclarent ne pas avoir le temps.

V.4 Comparaison de prescription des TNS et des dispositifs médicaux

Cette partie a pour but de rechercher l'appétence des MK pour la prescription en général et de la comparer à celle des TNS.

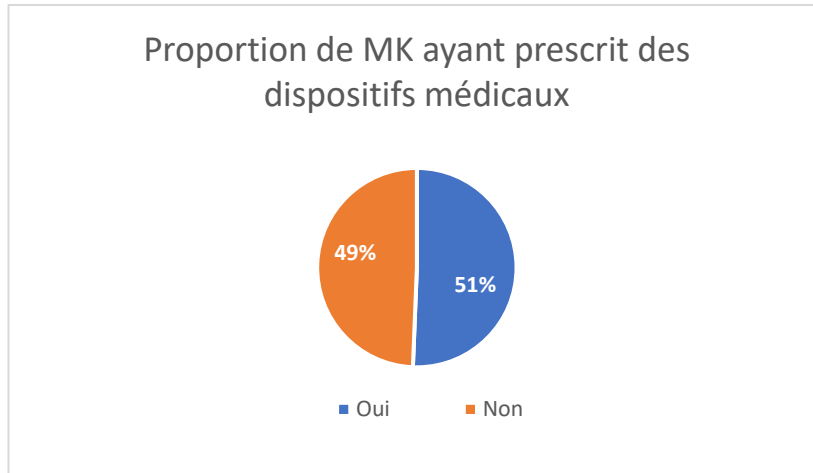


Figure 15 : proportion de MK ayant prescrit des dispositifs médicaux

Environ un MK sur 2 de l'échantillon prescrit des dispositifs médicaux, contre 6% pour les TNS

Quel(s) dispositif(s) médical(aux) prescrivez-vous ?

Réponse	Effectif	Pourcentage
Attelle souple	31	25,20%
Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres	28	22,76%
Ceinture lombaire	26	21,14%
Aide à la déambulation (canne/béquille/déambulateur/embout canne/talonnette)	25	20,33%
Sonde/électrode cutanée périnéale	5	4,07%
Potence/soulève malade	2	1,63%
Matelas/coussin d'aide à la prévention d'escarres	2	1,63%
Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe	1	0,81%
Barrière de lit/cerceaux	1	0,81%
Collecteur d'urine, étui pénien, pessaire, urinal	1	0,81%
Fauteuil roulant manuel de classe 1	1	0,81%

Tableau 4: utilisation des différents dispositifs médicaux par les MK

40 MK ont eu accès à cette question, et 117 réponses ont été comptabilisées, les MK ont déjà prescrit en moyenne 2,9 DM. Les attelles souples, bandes et orthèses de contention, ceinture lombaire et aide à la déambulation sont les dispositifs les plus prescrits par les MK.

Pourquoi ne prescrivez-vous pas de dispositifs médicaux ?

Réponse	Effectif	Pourcentage
Je ne me sens pas le mieux placé pour le faire	17	43,60%
Je ne me sens pas apte à prescrire	15	38,50%
Autre	13	33,30%
Je n'éprouve pas d'intérêt personnel pour la prescription	6	15,40%
Ce n'est pas un acte reconnu financièrement	2	5%
Je n'ai pas le temps	1	2,60%

Tableau 5: freins à la prescription de dispositifs médicaux par les MK

Les 39 MK ayant accès à cette question ont coché 54 réponses. Donc les MK identifient en moyenne 1,6 freins à la prescription de DM.

On remarque que les deux raisons principales à la non-prescription sont les mêmes que pour la prescription de TNS : « je ne me sens pas le mieux placé pour le faire » (44% des MK) et « je ne me sens pas apte à prescrire » (39% des MK).

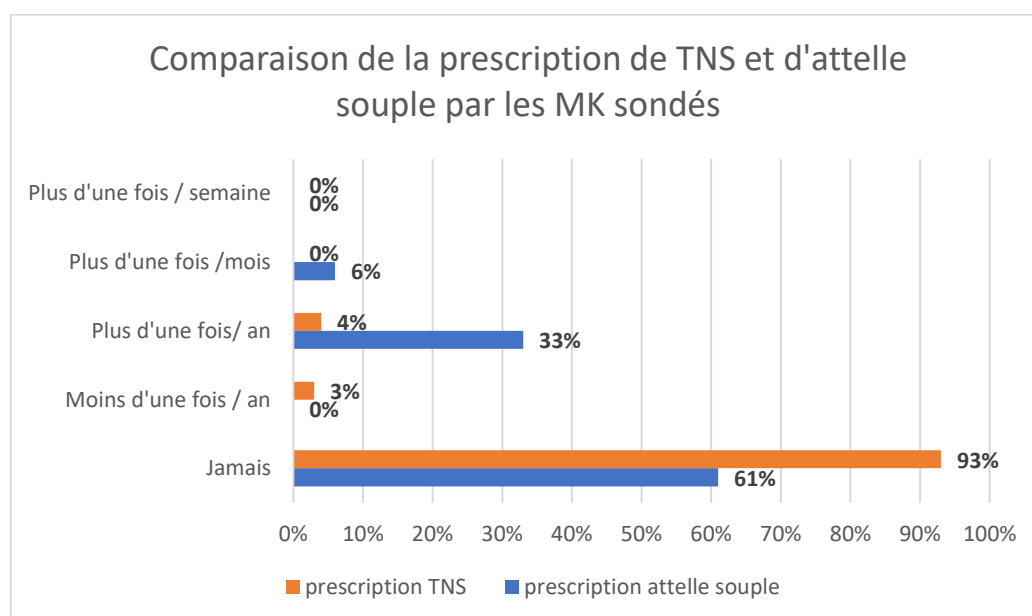


Figure 16 : comparaison entre la prescription des attelles souples et des TNS par les MK

Il a été décidé de comparer le DM le plus prescrit (attelle souple) avec les TNS. On remarque que 39% (n=31) des MK sondés ont déjà prescrit des attelles souples, tandis qu'environ 6% (n=5) ont déjà prescrit TNS.

33% (n= 26) des MK interrogés prescrivent des attelles plus d'une fois par an, et 6% plus d'une fois par mois (n= 5).

3% (n=2) des MK interrogés prescrivent des TNS moins d'une fois par an, et 4%(n=3) plus d'une fois par an.

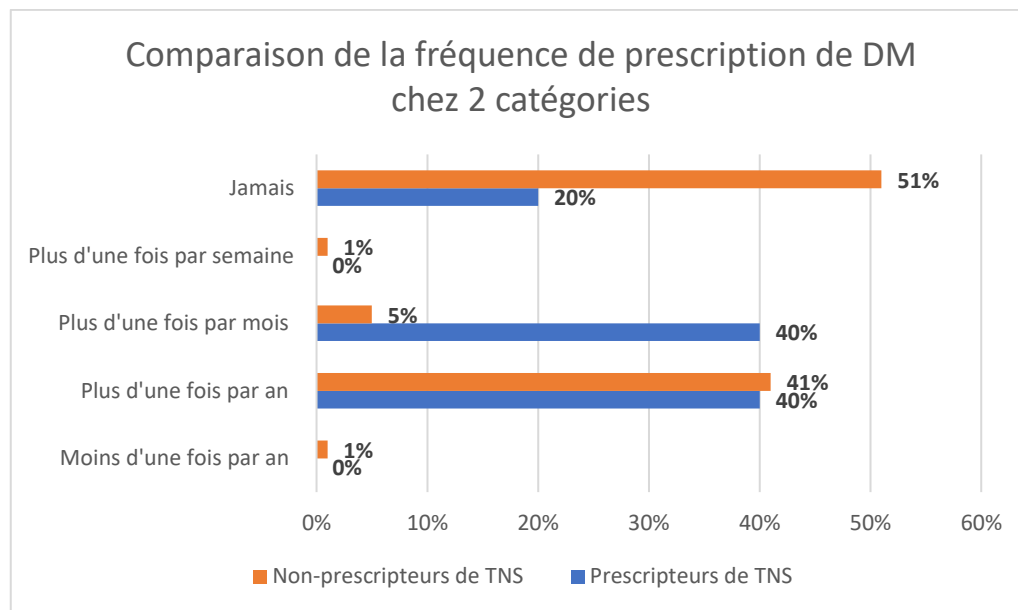


Figure 17 : comparaison de la fréquence de prescription de dispositifs médicaux chez les prescripteurs et non-prescripteurs de TNS

On remarque que 80% des prescripteurs de TNS (n= 5) prescrivent des dispositifs médicaux, tandis que 49% des non-prescripteurs de TNS (n=74) prescrivent des dispositifs médicaux. Par exemple, 40% des prescripteurs de TNS prescrivent plus d'une fois par mois, contre 5% chez les non-prescripteurs de TNS.

V.5 La place du MK dans l'aide au sevrage

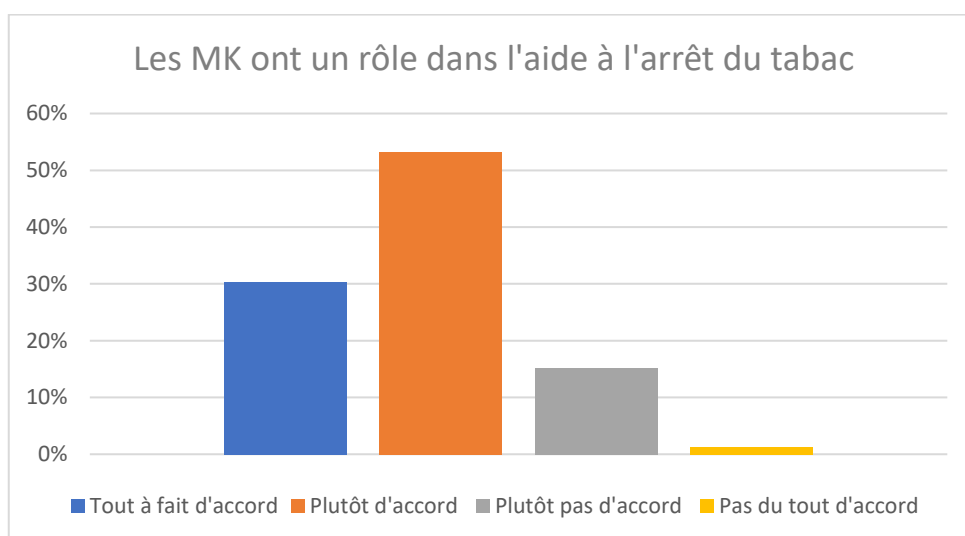


Figure 18 : avis des MK sur leur rôle dans l'aide à l'arrêt du tabac

Globalement les MK sont d'accord pour dire que la profession a un rôle dans l'aide à l'arrêt du tabac (84% « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord »).

Les MK avaient la possibilité de justifier leur réponse. 53 personnes ont répondu, donc 67% de l'échantillon. Les réponses sont diverses mais des catégories de réponses ont pu être établies. Parmi les MK qui pensent que la profession a un rôle dans l'aide à l'arrêt, certains mettent en lumière le temps disponible de la part du MK, ce qui favorise la communication sur du long terme et une relation privilégiée MK/patient (n=17) : « Profession qui passe beaucoup de temps avec le patient, on est donc peut-être plus à même, sur la durée, d'aider, de motiver et de conseiller le patient tout le long de sa tentative d'arrêt du tabac. ». Certains ont justifié que la profession a un rôle de santé publique et d'éducation à la santé (n=11) : « tous les professionnels de santé, quelle que soit leur profession, ont un rôle à jouer dans cette lutte contre le tabagisme, pour la santé des patients. Tous les professionnels de santé ont une responsabilité en santé publique. ». D'autres estiment avoir un rôle dans l'aide à l'arrêt car le tabac est un frein à la rééducation (n=9) : « Le tabac est un facteur de risque dans certaines pathologies et un facteur ralentissant la cicatrisation ». Parmi les MK qui pensent que la profession n'a pas de rôle dans l'arrêt, certains expliquent que l'arrêt du tabac est un frein à la rééducation (n=2) : « Pour leurs biens, les patients ont du mal à reproduire les exercices qu'on leur conseille chez eux. Imaginez si on leur demande d'arrêter ou au moins de diminuer la cigarette... d'autant plus que : la cigarette leur donne une sensation de

bien-être sur le moment ». D'autres MK sont plus nuancés et estiment que la profession a un rôle moindre (conseil, accompagnement) dans l'aide à l'arrêt que d'autres professionnels (n=8) : « *J'ai une patientèle qui fume peu. Si j'avais des jeunes, j'en parlerais avec eux en invoquant les risques mais chacun est libre... Si je voyais que la personne est désireuse d'arrêter, je l'orienterais vers un médecin* »

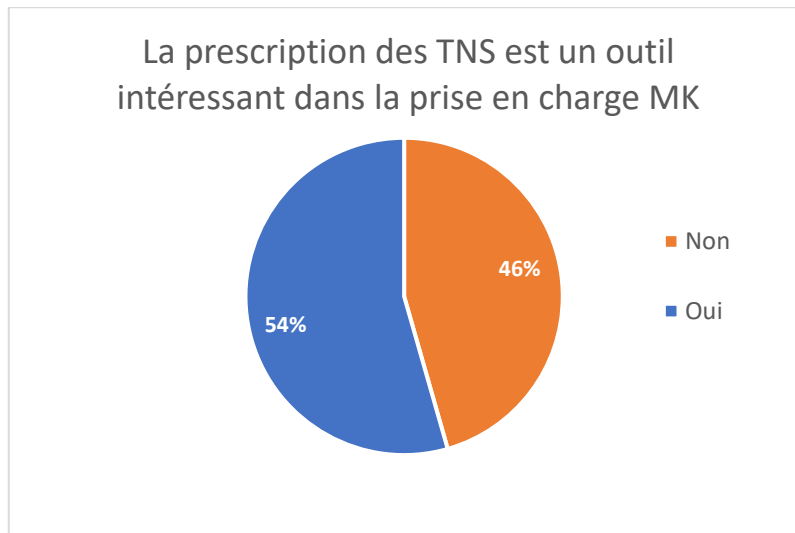


Figure 19 : avis des MK sur la prescription de TNS

Les MK sont mitigés sur la prescription des TNS, un peu plus de la moitié (n= 43) pensent que c'est un outil intéressant dans la prise en charge.

Ils avaient la possibilité de justifier leur réponse. 42 MK ont répondu, soit 53% de l'échantillon. Il est intéressant de noter que pour cette question, des émotions négatives ont été retranscrites par certains MK. Les kinésithérapeutes qui pensent que la prescription des TNS n'est pas un outil intéressant mettent en avant le manque de connaissance sur le sujet : « *C'est encore un médicament de plus à prendre, on n'est pas formé tout simplement : 45min de cours en formation initiale sur la physiologie de la prise de tabac...* », pour certains MK, on relève une méconnaissance des TNS (ils pensent que les TNS n'aident pas à l'arrêt du tabac, sont une prescription uniquement médicale,...) : « *Si les gens veulent arrêter de fumer ils arrivent à le faire avec leur volonté (et pas nécessairement avec des substituts nicotiniques)* ». Tandis que les MK qui trouvent que la prescription de TNS est un outil intéressant mettent en avant la prise en charge du patient dans sa globalité « *Cela peut être une partie de notre prise en charge toujours dans l'idée de prendre le patient dans sa globalité* », de plus, certains estiment que la prescription permet une simplification du parcours et une facilitation d'accès aux

TNS pour les fumeurs : « Simplification du parcours du patient, ça lui évite de retourner voir le médecin et le fait d'éviter cet intermédiaire donne plus de chance de voir se réaliser le projet du patient d'arrêter de fumer. ».

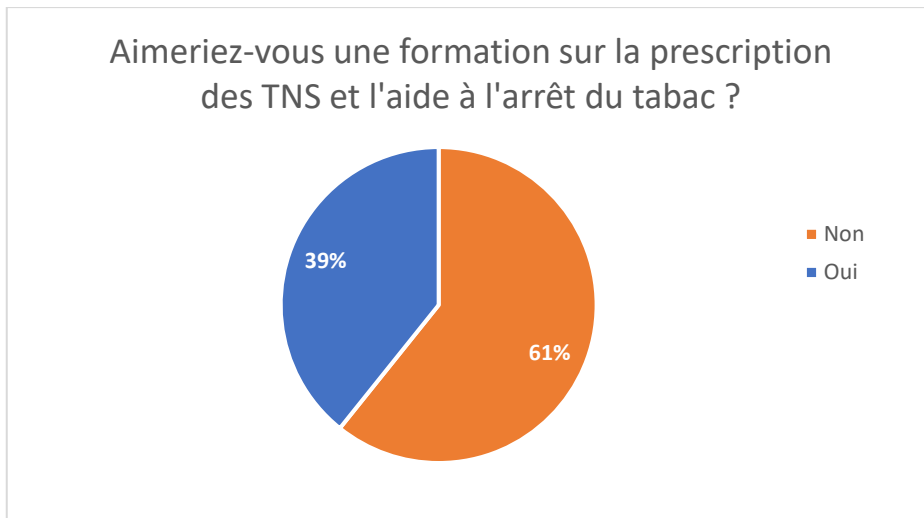


Figure 20 : intérêt des MK pour une formation sur la prescription des TNS et l'aide à l'arrêt du tabac

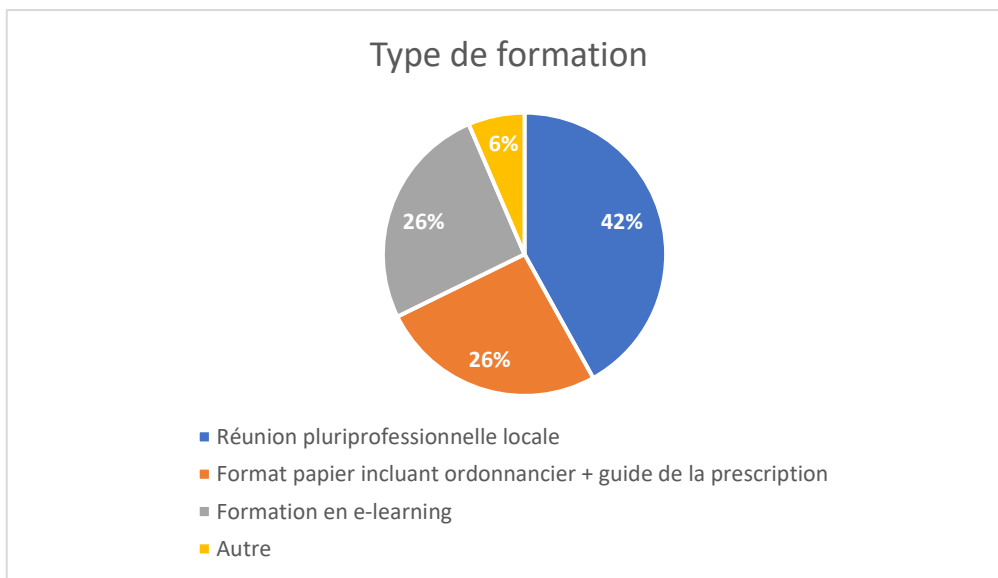


Figure 21 : types de formations sélectionnées par les MK

39 % (n=31) des MK de l'échantillon sont intéressés par une formation sur la prescription des TNS, principalement sous forme de réunions pluriprofessionnelles locales (42% des intéressés).

VI.6 Tris croisés

Pour affiner les données, le tri croisé peut être intéressant dans certains cas pour des recherches spécifiques et ainsi affiner les résultats.

Les données de l'année d'obtention du diplôme ont été croisées avec celles de la connaissance du droit de prescription de TNS. Ce qui nous donne ce tableau :

	< 1980		[1980-1989]		[1990-1999]		[2000-2009]		[2010-2015]		>=2016	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
OUI	2	66%	4	80%	11	79%	28	88%	11	79%	10	91%
NON	1	33%	1	20%	3	21%	4	13%	3	21%	1	9%
total	3	4%	5	6%	14	18%	32	40%	14	18%	11	14%

Tableau 6: matrice année d'obtention DE/connaissance droit prescription TNS

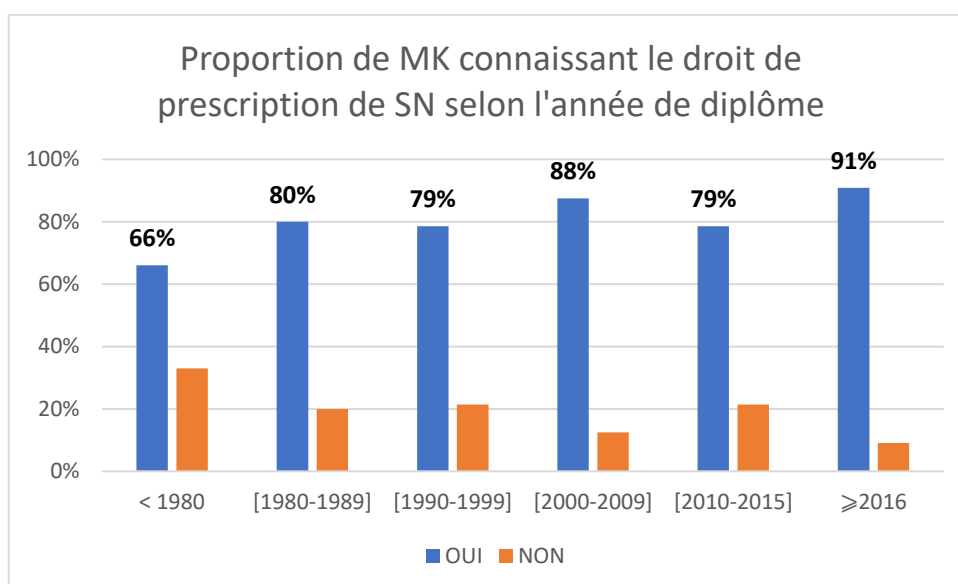


Figure 22 : proportion de MK connaissant le droit de prescription de TNS selon l'année de diplôme

On peut remarquer que la population diplômée après 2016 est celle qui connaît le plus le droit de prescription (91%), tandis que celle diplômée avant 1980 est celle qui connaît le moins (66%). On observe cependant un pic dans la tranche [2000-2009], non explicable. Grâce aux statistiques avec le test de corrélation de Pearson, on peut vérifier l'hypothèse qui est : plus l'année de diplôme augmente, plus la connaissance de ce droit augmente.
 H_0 = L'année de diplôme et la connaissance du droit de prescription de TNS sont indépendantes

H1 = L'année de diplôme et la connaissance du droit de prescription de TNS sont dépendantes

Plus le résultat est proche de 0, plus les 2 variables sont indépendantes (forte corrélation négative) ; plus le résultat est proche de 1, plus les 2 variables sont dépendantes (forte corrélation positive).

Le résultat au test de corrélation de Pearson est $R=0,8016$; donc statistiquement, quand l'année d'obtention de diplôme augmente, la connaissance du droit augmente.

Il a aussi été recherché si les diplômés après 2016 ont tous reçu une formation initiale sur ce sujet. Sur les 11 diplômés après 2016, 10 connaissent ce droit.

Voici les moyens d'informations des 10 MK diplômés après 2016 :

Formation initiale	70%
CPAM	10%
Organisation territoriale	10%
Ne sait plus	10%

Tableau 7: moyen d'information des diplômés après 2016

Un autre tri croisé a été effectué afin d'évaluer l'implication des MK dans le sevrage tabagique selon leur propre consommation tabagique.

	Effectif	Pourcentage
Fumeurs (n=9)	7	78%
Non-fumeurs (n=56)	40	71%
Ex-fumeurs (n=14)	10	71%

Tableau 8: proportion de MK effectuant un dépistage tabagique selon leur statut tabagique

On retrouve des données équivalentes selon le statut tabagique du MK.

VI. DISCUSSION

VI.1 Analyse des principaux résultats

Hypothèse 1 : Les MK se sentent utiles dans la lutte anti-tabac

La lutte anti-tabac passe tout d'abord par un **dépistage tabagique**, étape nécessaire pour proposer des aides thérapeutiques par la suite. D'après les résultats de cette enquête, 72% (n=57) des MK effectuent un dépistage tabagique chez leurs patients, dont 39% (n=22) lors du bilan et 63% chez tout type de patient(n=36). Il apparaît ici qu'une grande partie des répondants n'ont pas identifié de moment précis pour aborder ce sujet. On peut alors dire que les MK sont en général sensibilisés au dépistage tabagique, qu'ils incluent la question du tabac dans leurs prises en charge mais pas pour tous et pas de manière automatique ni protocolisée.

Pourtant dans le guide de recommandation de la HAS « arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » (33), mis à jour en octobre 2014, il est indiqué que l'aide à l'arrêt du tabac est une mission de santé publique dans laquelle tous les professionnels de santé doivent s'impliquer. La HAS recommande aux professionnels de santé de questionner tous leurs patients sur leur consommation tabagique lors de la première consultation. Si le patient est fumeur, le professionnel de santé doit pratiquer le conseil d'arrêt et informer sur les aides disponibles pour arrêter. Les MK sondés sont donc peu à suivre les recommandations de la HAS. Cependant, on peut émettre une réserve face aux recommandations de la HAS ; ce document est destiné à tous les professionnels de santé et établit donc des recommandations globales. Or le métier de MK a des spécificités : le MK voit en général plusieurs fois par semaine ses patient sur environ trente minutes. Le masseur-kinésithérapeute n'a donc pas d'urgence à demander la consommation tabagique lors de la première séance car il sera amené à revoir très régulièrement le patient, contrairement aux autres prescripteurs de TNS.

Il n'a pas été trouvé de lien entre le **statut tabagique** du répondant et sa capacité à dépister la consommation de tabac chez un patient : que l'on soit fumeur, ex-fumeur ou non-fumeur, cela n'influe pas sur l'intérêt porté au sevrage tabagique. Les MK fumeurs représentent seulement 11% de l'échantillon, ce qui est nettement inférieur à la moyenne de la population Bretonne, qui est d'environ 26,5% en 2017 (11). Cette donnée peut être interprétée dans 2 sens : soit les MK bretons sont peu à fumer ; soit les MK fumeurs sont peu à avoir répondu au questionnaire, c'est-à-dire qu'ils sont sous-représentés dans cet échantillon. Malheureusement, aucune étude exposant le pourcentage de MK fumeurs n'a été trouvée à ce jour.

Cependant, une étude réalisée par Underner et al en 2006 sur 257 médecins généralistes de la Vienne a montré que le statut tabagique du professionnel influait sur sa prise en charge du patient fumeur : les fumeurs dépistent moins le tabagisme du patient et pratiquent moins le conseil d'arrêt (62).

84% des MK sondés pensent qu'ils ont un **rôle dans l'aide à l'arrêt du tabac** chez leurs patients mais 54% pensent que la prescription de TNS est un outil intéressant dans la prise en charge kinésithérapique. On peut alors se demander quels autres outils de leur arsenal thérapeutique les MK utilisent dans la lutte anti-tabac. On a pu récolter les outils utilisés par les MK de deux manières dans ce questionnaire : par la question fermée III-4 « que faites-vous si le patient est fumeur ? » et par la question ouverte V-2 « diriez-vous que les MK ont un rôle dans l'aide à l'arrêt du tabac ? ». On a alors tout d'abord observé que les moyens mis en œuvre à la suite du dépistage tabagique sont divers chez les MK sondés : 60% de ceux qui effectuent le dépistage pratiquent le conseil d'arrêt, 28% le réorientent vers un autre professionnel, seulement 5% proposent des TNS. De plus, grâce à la question ouverte, nous avons retenu que ce rôle peut aussi passer par un entretien motivationnel, un suivi diététique et sportif, par de l'hypnose ou encore par un accompagnement dans la phase d'arrêt (soutien psychologique, motivation, conseils). Les MK qui se sont exprimés ont globalement souligné qu'ils ont un rôle dans l'aide à l'arrêt grâce à leur rapport privilégié avec le patient (temps passé avec lui : séances régulières d'environ trente minutes).

Ainsi, 72% des MK effectuent un dépistage tabagique et 84% pensent qu'ils ont un rôle dans l'aide à l'arrêt, grâce à divers moyens. On peut donc confirmer l'hypothèse : les masseurs-kinésithérapeutes se sentent utiles dans lutte antitabac, même si leurs rôles ne sont pas précisément définis.

Hypothèse 2 : Les MK connaissent mais n'utilisent pas le droit de prescription de TNS

D'après les résultats du questionnaire, **84% des MK connaissent** le droit de prescription de TNS. Les deux principaux canaux d'informations sont l'Ordre des MK (20%, n=13) et les organisations territoriales (20%, n=13).

Il a été démontré dans la partie résultats qu'il existe une corrélation entre l'année d'obtention du diplôme et la connaissance de ce droit. On peut donc conclure que les diplômés après 2016 (n=11) connaissent plus ce droit que les promotions précédentes. 70% (n=7) de ces MK connaissant le droit de prescription de TNS l'ont appris en formation initiale : c'est le moyen d'information prédominant chez ce groupe. Cependant, il a été remarqué qu'un MK de cette catégorie ne connaissait pas ce droit. Tous les diplômés après 2016 devraient savoir que la prescription des TNS est possible grâce à leur formation initiale. On peut alors se demander pourquoi tous les MK de cette catégorie ne connaissent pas ce droit grâce à leur formation initiale : est-ce un manquement dans la formation ou un oubli du répondant ?

Malgré le fort taux de connaissance, seulement **6% des MK ont déjà eu recours** à la prescription de TNS, de manière extrêmement ponctuelle (1/an). Il a été trouvé judicieux de comparer la prescription des TNS et des DM afin d'observer si les MK sont peu intéressés par la prescription en général ou si cela est spécifique aux TNS. Comme premier constat, on peut voir que la prescription de TNS par les MK de l'échantillon occupe seulement 3,8% du total des prescriptions ; c'est donc extrêmement peu utilisé. 51% des MK ont déjà prescrit au moins 1 fois des dispositifs médicaux, tandis que seulement 6% ont déjà prescrit au moins 1 fois des TNS. Mais les dispositifs médicaux regroupent beaucoup de matériels différents et il y a des disparités dans la prescription des DM : les attelles sont les dispositifs les plus prescrits par les MK sondés (n=31), tandis

que les débitmètres de pointe et barrière de lit sont très peu prescrits (respectivement n=1). A titre de comparaison, les sondes et électrodes cutanées périnéales sont autant prescrites que les TNS dans notre échantillon. La fréquence de prescription est moindre pour les TNS que pour les attelles. Ceux qui ont déjà prescrit des attelles le font en majorité plus d'une fois par an (33%, n= 26) et sont quelques-uns à le faire plus d'une fois par mois (6%, n=5), c'est-à-dire **occasionnellement** ; tandis que ceux qui ont déjà prescrit des TNS le font très peu : environ 1 fois par an, c'est-à-dire **rarement**.

Il a été montré dans la partie résultats que les prescripteurs de TNS (n=5) prescrivent plus de DM que les non-prescripteurs de TNS (n=74). En effet, 80% des prescripteurs de TNS prescrivent des DM, tandis que 49% des non-prescripteurs de TNS prescrivent des DM. On peut alors dire qu'il existe une corrélation entre la prescription de manière générale et la prescription de TNS : il faut déjà se sentir compétent avec la prescription en général pour prescrire des TNS.

Dans les données de la littérature, un état des lieux sur le recours aux TNS selon la profession a été réalisé au niveau national par la sécurité sociale en 2019 (63). En France en 2019, il y a eu 98 061 prescripteurs de TNS (médecins, infirmiers, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, MK), c'est 21% de plus qu'en 2018. Les MK sont 959, c'est la profession qui prescrit le moins, ils représentent 1% des prescripteurs. A contrario, la profession 'médecin généraliste' est celle qui prescrit le plus, elle représente 64% des prescripteurs de TNS. En moyenne, les professionnels de santé prescrivent des TNS à 13 patients par an tandis que les MK prescrivent environ 1,2 TNS par an. Les MK prescrivent beaucoup moins de TNS que les autres professions, et le font beaucoup moins régulièrement.

Cependant, la profession voit une forte augmentation du nombre de prescripteurs : +118% entre 2018 et 2019, c'est la plus forte hausse parmi tous les professionnels. Cela signifie qu'on est passé de 440 à 959 MK prescripteurs de TNS. Sachant qu'il y a environ 90 315 MK exerçant en France en 2020 (58), les MK prescripteurs de TNS représentent 1% des MK (contre 6% dans l'échantillon obtenu). Cette forte hausse peut s'expliquer par le fait que la prescription est une nouvelle compétence dans la profession. En effet, depuis 2006 les MK peuvent prescrire certains DM et depuis 2016, les MK sont autorisés à prescrire des TNS. A contrario des médecins généralistes qui sont des prescripteurs historiques de

TNS et qui n'ont vu qu'une augmentation de 8% entre 2018 et 2019. Cette nouvelle compétence amène des modifications dans la formation initiale et des propositions de formation continue sur le sujet pour informer et former les professionnels et futurs professionnels ; donc il y a statistiquement de plus en plus de professionnels qui s'emparent de cette possibilité.

Ainsi, l'hypothèse peut être confirmée. Les MK connaissent bien leur droit de prescription de TNS, même si l'on observe des différences selon l'année d'obtention de diplôme : les diplômés après la loi de modernisation du système de santé de 2016 connaissent mieux cette possibilité que leurs aînés. Cependant, le faible taux de prescription de TNS montre que très peu de MK se sont emparés de cette possibilité, même si l'assurance maladie a relevé une nette augmentation en un an (+118% de 2018 à 2019). Cette bivalence entre la connaissance de leur droit de prescription de TNS et le non-usage de celui-ci affiche de réels freins à la prescription.

Hypothèse 3 : Les MK ne se sentent pas compétents à prescrire du fait d'un manque de formation

Les freins à la prescription de TNS par les MK ont été recherchés dans ce travail. Trois principaux freins à la prescription de TNS ont pu être identifiés : « Je ne me sens pas le mieux placé pour le faire » (62% des MK ne prescrivant pas de TNS, n=38) », « Je ne me sens pas apte à prescrire des TNS » (54%, n=33) et « Je n'éprouve pas d'intérêt personnel pour la prescription de TNS » (15%, n=9). La première et deuxième cause mettent en lumière un **manque de formation** de la part des MK tandis que la troisième cause met en exergue un **manque de sensibilisation**. Très peu de MK ont estimé ne pas prescrire de TNS car n'ont pas la patientèle adaptée (n=5), n'ont pas de valorisation de cet acte (n=3) ou n'ont pas le temps (n=2).

Le manque de formation est donc le principal frein à la prescription de TNS. On peut se demander si ce manque de formation est dû à un déficit d'accès aux formations

continues, à un désintérêt (les MK préfèrent aller à d'autres formations) ou à un manque de visibilité entre l'offre de formation et les MK.

A l'échelle de la Bretagne, il a été recherché dans le programme de formation du Cercle d'Etudes en Kinésithérapie du Centre Bretagne (CEKCB), de l'Institut de Formation en Pédicure-podologie Ergothérapie Kinésithérapie (IFPEK) de Rennes et de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) de Brest si le thème de la prescription de TNS était évoqué. Dans aucun de ces programmes de formation continue il n'a été retrouvé un point sur la prescription des TNS. Pourtant, tous ces organismes proposent des thèmes dans lesquels pourrait être intégré un item sur la prescription de TNS. En effet, par exemple les formations « réhabilitation respiratoire au patient porteur d'une BPCO » (IFMK de Brest) ou « kinésithérapie des affections respiratoires et ventilatoire chez l'adulte » (IFPEK Rennes) sont tout à fait compatibles avec une rubrique portant sur la prescription de TNS. On peut donc se dire que le manque de formation ressenti par beaucoup de MK est dû au **manque de formation continue disponible sur le territoire**.

Aussi, une formation pluriprofessionnelle est organisée localement par l'équipe anti-tabac du CHRU de Brest à destination du personnel hospitalier. Il serait intéressant d'élargir cette formation aux libéraux. En effet, 39% (n=31) des sondés aimeraient une formation sur le sujet, plusieurs d'entre eux sont intéressés sous forme pluriprofessionnelle locale (n=13). La formation pluriprofessionnelle locale a un avantage indéniable : elle permet de rencontrer les experts locaux et de savoir qui contacter, à qui rediriger un patient si le MK est dans une situation difficile. L'interviewé 1 parlait de développement de réseau : *« Il faut savoir aussi qu'il y a des personnes ressources à l'intérieur du réseau [...] le tabacologue et le pneumologue. Tu sais ce qu'ils disent au patient et comme tu sais ce qu'ils leur disent c'est plus facile, c'est le gros avantage de faire une formation en inter pro avec des gens du terrain, plutôt qu'une formation à l'autre bout de la France avec un organisme avec que des kinés. »*. Si une formation pluriprofessionnelle locale à destination des libéraux émerge, il serait intéressant d'inclure les relais qui fonctionnent le mieux pour transmettre l'information à l'échelle locale (c'est-à-dire l'Ordre et l'URPS) afin de développer la communication entre les libéraux et la formation. Une autre possibilité de relai d'information plus locale serait d'informer les MK à travers le pôle formation continue de l'IFMK de Brest. Cela permettrait de ne prévenir que les MK libéraux finistériens d'une formation locale sur le sujet.

Le manque de sensibilisation est le deuxième frein à la prescription de TNS. On a aussi pu remarquer précédemment que 28% des MK ne recherchent pas la consommation de tabac chez leurs patients. Ainsi, pour une partie des répondants, le levier à mettre en place serait une sensibilisation à la prescription de TNS, et plus généralement au rôle des MK dans la lutte anti-tabac. Des actions de sensibilisations semblent importantes afin d'initier ces MK à la lutte anti-tabac. Une diffusion de brochure informative, via les canaux dont ils ont appris cette possibilité (principalement les organisations territoriales et l'ordre des MK) pourrait être une piste d'action.

On a relevé un sentiment de manque de compétence de la part des kinésithérapeutes interrogés. Mais comment se construit la compétence ? Comment acquiert-on une compétence ? Selon Guy Le Boterf, « *la compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés* » (64). C'est la capacité à agir selon des savoirs, des savoirs faire et des savoirs être. Mais qu'est-ce qu'un professionnel compétent ? Guy le Boterf fait la différence entre être compétent et avoir des compétences. Pour lui, on peut avoir beaucoup de compétences mais ne pas être compétent dans une situation donnée. Un professionnel compétent est un professionnel qui réalise une tâche complexe en combinant de manière pertinente ses pratiques professionnelles et ses ressources (internes ou externes) dans une situation donnée, pour atteindre un but (65). La compétence n'est jamais acquise pour toujours, il faut toujours actualiser nos compétences.

Ainsi, suivre un cours sur la prescription des TNS ne suffit pas pour être compétent dans la situation 'prescrire des TNS', ce n'est qu'une ressource, c'est-à-dire un savoir acquis. Il faut que l'individu mette en œuvre d'autres ressources pour réaliser cette tâche complexe, telles que des habiletés cognitives, relationnelles et ressources externes (collègue expert par exemple). Les répondants ont d'ailleurs exprimé leur manque de connaissances transversales, comme par exemple la psychologie : « *Pour ma part, je ne pense pas être assez formé en psychologie pour le faire.* ».

On peut alors se demander quel est le niveau de formation permettant de se sentir apte à prescrire des TNS. Pour y répondre, il serait intéressant d'interroger les étudiants MK

ayant eu un cours sur la prescription des TNS lors de leur formation initiale, et de les questionner sur leur ressenti vis-à-vis de cette compétence.

Ainsi, les MK ont globalement souligné un manque de formation, ceci est dû à un manque d'offre de formation continue sur le territoire. Il faudrait développer ces formations pour permettre aux MK d'être plus sûrs d'eux dans la prescription de TNS et ainsi mieux accompagner leurs patients fumeurs dans le sevrage. Les formations peuvent être de plusieurs types : spécifiques sous forme pluriprofessionnelle locale par exemple, ou intégrées à une formation continue ciblée cardio-respiratoire par exemple. Un manque de sensibilisation a aussi été relevé. Afin de lutte contre ce frein, il serait nécessaire de mettre en place des actions de sensibilisation.

VI.2 Limites de l'étude

Des limites et des biais peuvent être identifiés dans ce travail.

Echantillon recueilli

La principale limite de ce mémoire d'initiation à la recherche est le **faible échantillon obtenu**. 90 315 MK exercent en France au 1^{er} janvier 2020, 85,3% d'entre eux travaillent en libéral. 4 613 MK exercent en Bretagne selon le rapport démographique de l'ordre publié en 2020 (58), si l'on considère que le rapport libéral/salarié est le même en Bretagne qu'en France, alors 3 935 MK exercent en libéral en Bretagne. 79 MK ont répondu complètement à ce questionnaire, ce qui correspond à 2% de la population étudiée. En général, pour admettre qu'un échantillon est significatif d'une population d'un point de vue statistique, on accepte une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance de 95%. Ainsi, le nombre de répondant requis doit être de N= 351. L'échantillon recueilli dans ce travail n'est donc pas représentatif de la population étudiée. Les analyses de l'étude ne peuvent être généralisées à la population MKLB. Cependant, ce travail permet de faire apparaître des tendances.

Dans l'échantillon recueilli, les MK finistériens représentent 44% de l'échantillon. Or, d'après les données de l'URPS des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de Bretagne, en 2013 (66), sur 3 164 MK exerçant en libéral, 29% travaillent dans le Finistère (n=916), 29% Ile-et-vilaine (n=916), 23% Morbihan (n=734), 15% Cotes-d'armor (n=464). Des données plus récentes n'ont pas été trouvées mais si l'on estime que la proportion de MK par département est sensiblement la même entre 2013 et 2021, alors le département du **Finistère est sur-représenté**, tandis que le département des Côtes-d'Armor est sous-représenté dans l'échantillon obtenu. Le questionnaire a en partie été diffusé aux tuteurs de stage de l'IFMK de Brest, ceux-ci étant majoritairement du Finistère. Ce biais de diffusion peut expliquer le fort taux de finistériens.

Un autre biais est le **faible effectif de MK prescripteurs de TNS** (n=5) et de **MK fumeurs** (n=9), il est donc important de souligner que les résultats obtenus ne sont représentatifs que pour l'échantillon.

Ecriture du questionnaire

Une autre limite de ce travail d'initiation à la recherche est la **formulation du questionnaire**. Avec du recul, certaines questions auraient été posées différemment. La question sur les freins à la prescription de dispositifs médicaux (question II.4) laissait la possibilité au sondé de répondre avec ses propres mots dans la partie 'autre' si aucune réponse préétablie lui convenait. Or, lors de l'analyse des réponses, il a été remarqué que certains MK justifiaient leur non-prescription de TNS, alors que la question portait sur les DM. Il aurait été préférable de faire apparaître la partie sur les DM après celle sur les TNS pour éviter ce biais de formulation, car les MK ont pu répondre sans se rendre compte que la question portait sur les DM. Cette question n'a donc pas pu être exploitée. Certains points du questionnaire pourraient être améliorés. Une question sur la **demande systématique** de consommation de tabac manque au questionnaire, cela aurait été pertinent pour comparer le résultat aux recommandations de la HAS. Une question sur le **contexte de prescription de TNS** aurait aussi été intéressante car 3 MK ont déclaré proposer des TNS à la question III.4 « *Que faites-vous en général quand le patient vous répond qu'il est fumeur ?* » mais 5 ont déjà prescrit des TNS. On peut alors se demander dans quel contexte le MK a prescrit : était-ce une demande spontanée du patient, une prescription effectuée hors cadre professionnel... ? Les MK interrogés lors des entretiens

exploratoires m'ont tous les deux parlé de « sevrage d'opportunité », l'interrogé 2 déclarait « *j'attends le moment où je sens que c'est opportun parce que ce n'est pas toujours un sujet facile à aborder* », on peut alors émettre l'hypothèse que certains MK prescrivent sans vraiment proposer systématiquement au patient mais plutôt lorsque le contexte lui semble favorable, opportun.

Diffusion du questionnaire

La manière dont le questionnaire a été diffusé est un biais de sélection de ce travail. En effet, le questionnaire a été diffusé via un réseau social, via la liste de diffusion de l'URPS Bretagne et via des adresses mail recueillies par des étudiants allant en stage dans des cabinets libéraux (70 adresses mails). Seules les personnes ayant internet et étant actives sur leurs réseaux ont eu accès au questionnaire. De plus, contrairement à un questionnaire où les répondants sont choisis aléatoirement, ici le sujet apparaissait précisément aux MK lors de la diffusion. Ainsi, seuls les MK intéressés par ce sujet ont répondu au questionnaire. Cette **méthode de diffusion** a pour risque une surestimation des résultats par rapport à la moyenne.

Choix de la méthode

Les réponses au questionnaire peuvent être **biaisées** pour certaines questions, notamment les questions qualitatives, c'est-à-dire lorsqu'elles recherchent l'opinion, la perception des MK. Or, comme expliqué précédemment dans la partie IV.3.3, mêmes si les questions qualitatives sont essentiellement mixtes pour permettre au répondant de justifier sa réponse si celle-ci n'apparaît pas dans les réponses préétablies, ce type de question oriente inévitablement le MK et constitue donc un biais.

Un autre biais de réponse important à prendre en compte dans ce mémoire est sur la question de la connaissance du droit de prescription de TNS. En effet, des MK ont pu répondre 'oui', par peur du jugement, ou pour se donner bonne image. Le résultat peut donc être supérieur à la réalité.

VI.3 Perspectives de l'étude

Ce travail ouvre des pistes de réflexion.

Cette étude est le premier état des lieux sur ce sujet à l'échelle de la Bretagne à ma connaissance. Il a permis d'identifier les principaux freins à la non-prescription de TNS à l'échelle de la Bretagne et de rechercher des solutions afin que les MK s'emparent plus de ce sujet de santé publique. Ce travail affirme l'intérêt que portent les MK à la santé publique, mais montre aussi qu'ils ont besoin de formation et de sensibilisation à ce sujet. Lors de futurs travaux, il serait intéressant d'agir selon la roue de Deming : Plan-Do-Check-Act. En effet, nous avons identifié un manque de formation ; la prochaine étape serait alors de **mettre en œuvre des formations continues** sur le sujet puis d'évaluer l'efficacité et l'impact de ces formations sur la pratique professionnelle des MK : est-ce qu'ils sont plus sensibles à la lutte anti-tabac, est-ce qu'ils prescrivent plus de TNS ? Pour aller plus loin, on pourrait répartir des MK en 2 groupes : le premier groupe suivrait une formation continue qui contient une partie sur la prescription des TNS, et le deuxième groupe suivrait une formation pluriprofessionnelle locale. Ainsi, on pourrait analyser quel groupe prescrit le plus de TNS par la suite et donc quel est le moyen de formation qui permet d'être le plus compétent.

Parmi les MK recherchant la consommation tabagique du patient, 28% le réoriente vers un autre professionnel (médecin traitant, tabacologue). Il serait judicieux **d'interroger les prescripteurs historiques de TNS** sur leur connaissance du droit de prescription des MK et leur avis. Pour généraliser cette pratique, il faut que tous les acteurs coopèrent et soient persuadés de l'intérêt de chacun dans cette lutte.

De plus, toujours dans cette même idée de généraliser cette pratique, il serait intéressant **d'interroger la population sur la prescription de TNS par les MK** : sont-ils au courant, ont-ils confiance en leur kinésithérapeute pour prescrire des TNS ? Il y a aussi un réel travail d'information de la population sur ce droit car plus le grand public en aura connaissance, plus cette pratique se généralisera. En effet, si le patient connaît cette possibilité et est suivi par un kinésithérapeute, il pourra lui demander une prescription lors d'une séance et ainsi simplifier le parcours de soin.

VI.4 Projection professionnelle

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de me sentir apte à prescrire des traitements nicotiques de substitution. J'ai mis en application mes connaissances théoriques durant mon stage de fin d'étude qui s'est déroulé en libéral : j'ai pu prescrire des TNS et ainsi observer par moi-même les freins rencontrés sur le terrain. J'ai aussi discuté avec les MK du cabinet sur les raisons de leur non-prescription de TNS. Ainsi, j'ai été en mesure de recueillir leur ressenti et leur proposer une petite formation qui répondait à leurs attentes. Afin d'observer l'impact de la formation, un questionnaire sur leur connaissance et leur utilisation a été diffusé avant le 'topo', et sera diffusé quelques semaines après.

Cette expérience m'a apporté des connaissances supplémentaires et a enrichi ma pratique professionnelle.

Ce travail m'a aussi permis de confirmer mon intérêt pour la santé publique, et la pratique de cette activité en libéral.

J'ai conduit pour la première fois un projet d'initiation à la recherche : du questionnement de départ, à la conclusion, en passant par la problématisation, l'annonce des hypothèses, le choix de la méthodologie la plus adaptée, la construction du questionnaire, l'analyse des résultats. Ce travail m'a appris la nécessité de la rigueur sur un travail de longue durée, l'importance de l'organisation anticipée et des rétroplannings.

VII. CONCLUSION

Le masseur-kinésithérapeute est amené à prendre en charge des patients fumeurs. Or, le tabac est un facteur de risque de nombreuses pathologies rencontrées au cabinet, comme la BPCO par exemple. La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a élargi le droit de prescription de TNS à plusieurs professions, dont les masseur-kinésithérapeutes. En autorisant plus de 800 000 professionnels sur le terrain, cette loi va dans le sens d'une politique de santé globale de la population. Ce projet permet de placer le cabinet de kinésithérapie comme un lieu de prévention, avec la facilitation de l'accès aux TNS par la population.

L'objectif principal de ce mémoire était d'établir un état des lieux de la prescription des traitements nicotiques de substitution par les MK libéraux de Bretagne. Pour cela, un questionnaire en ligne a été diffusé à l'intention des MKLB. Les résultats ont montré que, malgré le fort taux de connaissance de ce droit de prescription, celui-ci reste extrêmement peu utilisé par les MK. Pourtant, les MK se sentent impliqués dans la lutte anti-tabac. Il y a donc un écart entre la théorie, c'est-à-dire la loi qui autorise les MK à le faire, et la pratique, c'est-à-dire les MK qui l'utilisent très peu sur le terrain. Cet état des lieux a mis en lumière le manque de sensibilisation et de formation des MK à ce sujet. Très peu de formations ont été proposés aux MK, ce qui pourrait expliquer le faible taux de prescripteurs de TNS. Ce mémoire d'initiation à la recherche montre l'importance d'effectuer des actions de sensibilisations auprès des MK, d'accentuer la formation initiale et de continuer à mettre en œuvre des formations continues sur le sujet. Ces formations permettront aux MK de se sentir plus aptes et légitimes, et ainsi en découlera une meilleure prise en charge du patient fumeur par les MK.

Cependant, il faut rester prudent quant aux résultats obtenus, étant donné que plusieurs limites ont été identifiées. En premier lieu, le faible échantillon obtenu ne permet pas de généraliser les résultats à la population de MKLB, encore moins des MK français.

Des études complémentaires sur la connaissance et l'avis des prescripteurs historiques et des patients seraient pertinentes, afin d'identifier les zones d'ombres et d'établir des actions en conséquence. Tout cela dans un but : que tous les acteurs travaillent en pluriprofessionnalité et adhèrent à cette démarche.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 134. 2016-41 janv 26, 2016.
2. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. Référentiel de compétence MK [Internet]. sept 15, 2015. Disponible sur: <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/Référentiel-compétences.pdf>
3. Santé publique France. Les déterminants de santé - Tabac [Internet]. [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac>
4. Garcin J. Citation Boris Cyrulnik. In: Nouvelles mythologie. 2014. p. 45. (Points Essais).
5. Santé publique France. tabac-info-service [Internet]. [cité 14 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac>
6. OMS. Tabac [Internet]. [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
7. Andler R. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du baromètre de santé publique France 2018. 2019;7.
8. Faou A-LL, Scemama O. Épidémiologie du tabagisme. Revue Des Maladies Respiratoires. 2005;22(6):27-32.
9. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [Internet]. 2014 p. 55. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
10. Bulletin de Santé publique_tabac_bretagne_janvier 2019.pdf [Internet]. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2019-01/BSP_tabac_bretagne.pdf
11. Godeau É. Comment le tabac est-il devenu une drogue?: La société française et le tabac de 1950 à nos jours. Vingtième Siècle Revue d'histoire. 2009;102(2):105.
12. Dubois G. Le tabac et le tabagisme en France. Revue Des Maladies Respiratoires. 24 sept 2008;25(8-C2):14-7.
13. Lemaire J-F. Situation en France de la lutte anti-tabac. Que sais-je? 1997;5e éd.(1859):101-18.
14. Hill C, Laplanche A. Le tabac en France, les vrais chiffres. Documentation française. 2004. 139 p.

15. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 [Internet]. p. 45. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
16. Chaloupka FJ, Straif K, Leon ME, Working Group, International Agency for Research on Cancer. Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tob Control*. mai 2011;20(3):235-8.
17. Gallopel-Morvan K. Marketing social et marketing social critique : quelle utilité pour la santé publique ? *Les Tribunes de la sante*. 2014;n° 45(4):37-43.
18. West R, Stapleton J. Clinical and public health significance of treatments to aid smoking cessation. *European Respiratory Review*. 1 déc 2008;17.
19. OMS. Syndrome de dépendance [Internet]. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
20. Molimard R. Physiopathologie de la dépendance au tabac. *Réalités cardiologiques*. 2007;5.
21. Chevalier C, Nguyen A. Composition et nocivité du tabac. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 nov 2016;55(560):22-5.
22. LE HOUEZEC J. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac. *Revue Médicale Suisse*. oct 2003;1(23277).
23. Benowitz NL. Pharmacology of Nicotine: Addiction, Smoking-Induced Disease, and Therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2009;49:57-71.
24. Faure P, Mourot A. 77. Les récepteurs nicotiniques. In: *Traité d'addictologie*. Lavoisier; 2016. p. 566-73. (Traités).
25. Benowitz NL. Daily intake of nicotine during cigarette smoking. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 1984;35:499-504.
26. Tassin J-P, Kirsch M. Entretien avec Jean-Pol Tassin. *La lettre du Collège de France*. 1 févr 2010;(Hors-série 3):28-39.
27. Hounga RL, et al. Tabagisme : une drogue peut en cacher une autre. *Revue Médicale Suisse*. 2009;5:2416-7.
28. Santé publique France. Tabagisme, conséquences sur la santé [Internet]. [cité 31 août 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
29. Dautzenberg B. *Le tabagisme*. Toulouse : Privat. 1996. 159 p.
30. PERRIOT J, UNDERNER M, DOLY-KUCHCIK L. Tabac : quels risques pour la santé ? *Revue du Praticien (La) - Monographie*. mars 2012;(Tome 62, n°3):333-6.
31. Hecht SS. Cigarette smoking: cancer risks, carcinogens, and mechanisms. *Langenbecks Arch Surg*. 1 nov 2006;391(6):603-13.

32. Michalak E, Halko-Gąsior A, Chomyszyn-Gajewska M. The impact of tobacco on oral health - based on literature. *Prz Lek.* 2016;73(7):516-9.
33. HAS. Arrêt de la consommation du tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. 2014 p. 60. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
34. Peretti-Watel P. Le chemin de croix de la lutte antitabac. Éléments pour éclairer les difficultés de la prévention du tabagisme. *Psychotropes.* 2006;Vol. 12(1):57-73.
35. Tavolacci M-P, Marini H, Bailly L, Ladner J. Prévalence et caractéristiques socio-sanitaires des fumeurs invétérés en Haute-Normandie. *Sante Publique.* 2009;Vol. 21(6):583-93.
36. PERRIOT J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Revue Des Maladies Respiratoires.* fevrier 2006;23:85-104.
37. ANAES. Conférence de consensus. Arrêt de la consommation du tabac. Texte des recommandations. La Plaine-St Denis; 1998. 26 p.
38. HAS. Annexe Test de Fagerstrom - recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf
39. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* oct 1997;12(1):38-48.
40. HAS. Annexe. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
41. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control.* juin 1995;4(2):162-9.
42. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018;(5).
43. Assurance maladie. Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiques ? [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiques>
44. Assurance maladie. Les règles de prescription des dispositifs médicaux [Internet]. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/regles-prescription-dispositifs-medicaux>

45. Ussher MH, Faulkner GEJ, Angus K, Hartmann-Boyce J, Taylor AH. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019;(10):CD002295.
46. Underner M, Perriot J, Peiffer G, Meurice J-C. Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 juin 2016;33(6):431-43.
47. Lhommeau N, Huchet A, Castera P. Acupuncture et arrêt de la consommation tabagique, une revue de la littérature. *Revue Des Maladies Respiratoires*. 19 juin 2020;37(6):474-8.
48. Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ. Alternative Smoking Cessation Aids: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Medicine, The*. juin 2021;125(6):576-84.
49. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, Troosters T. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;(12):CD005305.
50. Bosdure E, Dubus J-C. Les effets du tabac chez l'enfant. *Revue Des Maladies Respiratoires*. déc 2006;23(6):694-704.
51. Ferrandez J-C. Kinésithérapie après cancer du sein. *Médecine Physique-Réadaptation*. 2010;6(3):1-13.
52. Abate M, Vanni D, Pantalone A, Salini V. Cigarette smoking and musculoskeletal disorders. *Muscles Ligaments Tendons J*. avr 2013;3(2):63-9.
53. Zvolensky MJ, McMillan K, Gonzalez A, Asmundson GJG. Chronic pain and cigarette smoking and nicotine dependence among a representative sample of adults. *Nicotine Tob Res*. déc 2009;11(12):1407-14.
54. BOURCIER. Dysfonctionnement du plancher pelvien. TOME 2. Traitements et prise en charge. Elsevier-Masson. 2005.
55. Code de la santé publique. Article R4321-13 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913995/
56. Romelaer P. Chapitre 4. L'entretien de recherche. *Methodes Recherches*. 2005;101-37.
57. Parizot I. 5 – L'enquête par questionnaire. In: *L'enquête sociologique* [Internet]. Serges Paugam. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012 [cité 26 oct 2020]. p. 93-113. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0093>
58. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Démographie des kinésithérapeutes 2020 [Internet]. 2020 p. 28. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2021/03/rapportdemographiemk.pdf>
59. Fenneteau H. Enquête : Entretien et questionnaire Ed. 3. Dunod; 2015. 128 p.

60. Manfreda KL, Bosnjak M, Berzelak J, Haas I, Vehovar V. Web Surveys versus other Survey Modes: A Meta-Analysis Comparing Response Rates. *International Journal of Market Research*. 1 janv 2008;50(1):79-104.
61. Lièvre P. 8. L'exploitation des résultats. In: *Manuel d'initiation à la recherche en travail social*. 3è ed. Presses de l'EHESP; 2016. p. 111-7. (Politiques et interventions sociales).
62. Underner, al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2006;23(5):426-9.
63. Assurance maladie. Recours record aux traitements nicotiques de substitution en 2019 [Internet]. 2020 [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/finistere/masseur-kinesitherapeute/actualites/recours-record-aux-traitements-nicotiques-de-substitution-en-2019>
64. Le Boterf G. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Editions d'Organisations. 206 p.
65. Le Boterf G. *Développer et mettre en oeuvre la compétence, comment investir dans le professionnalisme et les compétences*. Eyrolles. 2018. 304 p. (Livres outils - Ressources humaines).
66. Union Régionale des Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux de Bretagne. L'URPS MKLB en chiffres [Internet]. URPS MK Bretagne. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.urps-mk-bretagne.org/presentation/lurps-mklb-en-chiffres/>

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien exploratoire

Annexe II : Entretien semi-directif d'un MK

Annexe III : Questionnaire à destination des MKLB

ANNEXE I - Guide d'entretien exploratoire

Je suis étudiant en 4ème année de MK et je réalise un travail de recherche de fin d'année sur « la prescription des substituts nicotiques par les MK bretons »

Je souhaite réaliser un entretien avec des masseurs kinésithérapeutes afin d'avoir leur point de vue sur cet objet de recherche.

Je vous demande de répondre le plus spontanément possible aux questions et cet entretien sera enregistré si vous êtes d'accord ?

Cet enregistrement ne fera l'objet d'aucune diffusion hors analyse et sera retranscrit.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Thème 1 : informations sur le MK	Q1. Depuis quand êtes-vous diplômé MK ? Q2. Quel est votre parcours ? (libéral/salarié/maison de santé/ associé, assistant, rempla...) Q3. Avez-vous suivi des formations continues ? La(les)quelles ?
Thème 2 : positionnement et intérêt du MK face à la lutte anti-tabac.	Q4. De manière générale, pour vous, qu'est-ce qui favorise l'arrêt du tabagisme ? (Techniques, outils, ...) Q5. Que pensez-vous du rôle du kiné dans la lutte anti-tabac par rapport aux autres professionnels ? Q6. Pour vous, quels outils peuvent être utilisés par les MK pour aider à l'arrêt ? (Conseil, proposition cs

	tabaco, brochure, Relaxation, yoga, activité physique, ...)
Thème 3 : Connaissance et utilisation prescription SN par MK	<p>Q7. Avez-vous connaissance de la possibilité pour les MK de prescrire les substituts nicotiques ?</p> <p>Q8. Comment avez-vous appris/où avez-vous été formé ? Déjà eu des formations sur ça ?</p> <p>Q9. L'utilisez-vous ? A quelle fréquence utilisez-vous ?</p> <p>Q10. Pour quel type de patient/pathologie prescrivez-vous ?</p> <p>Q11. Comment abordez-vous le sujet avec le patient ? dès bilan initial, ou pendant la pec...</p> <p>Q12. Qu'est-ce qui vous a fait franchir le pas ? = Qu'est-ce que cela vous apporte ? envie de + aider le patient, envie d'élargir ses compétences, envie...</p> <p>Q13. Quels sont les retours des patients ?</p> <p>Q14. Vous sentez-vous suffisamment informé sur le droit de prescription ?</p>
Thème 4 : avis sur utilisation prescription SN par profession	<p>Q15. Pour vous, quelle est la proportion de kinés libéraux en France qui connaissent le droit de prescription de SN ? et proportion qui l'utilisent ?</p> <p>Q17. Quels sont les freins à la prescription de SN par les MK selon vous ?</p> <p>Q16. Pensez-vous qu'il serait intéressant qu'il y en ait plus ? Pourquoi ? (Intérêt SP, élargissement connaissances...)</p> <p>Q.18 De quelle manière/ par quels moyens pensez-vous qu'il serait intéressant de sensibiliser les kinés à ce sujet ? (flyers, formations continue, brochure,,...)</p>
Conclusion	Q19. avez-vous qqch à rajouter ? un thème non abordé sur ce sujet?

ANNEXE II – Entretien semi-directif d'un MK

Entretien 2 : (9/10/2020) MK région Ile-De-France

Durée = 23minutes

Depuis quand tu es diplômée kiné ?

Ça fait 4 ans, donc diplômée en 2016

D'accord, et quel est ton parcours, tu as fait que du libéral ?

Non, j'ai commencé en salariat à l'hôpital puis en centre de rééducation et là ça fait 2 ans que j'ai commencé en libéral à Paris

Est-ce que tu as suivi des formations continues ?

Oui, j'ai fait une licence de science de l'éducation, formation troubles de l'équilibre, et puis la formation de prescription des substituts nicotiques. J'ai commencé une formation thérapie manuelle « Kptain » et là je suis en train de faire une formation sur l'éducation thérapeutique des patients.

Ok, et la formation sur les substituts nicotiques était incluse dans une formation continue ; ou c'était une formation à part entière ?

C'était que par rapport à ça. En fait j'ai été, j'ai participé aux rencontres de santé publiques, pas l'année dernière mais l'année d'avant donc en 2019. Et là, il y avait une intervention de « lutter contre le cancer » qui est en réseau avec la spirale, etc.. Donc j'ai été en contact avec la coordinatrice du mois sans tabac en Idf pcq ils organisent des formations gratuites pour tous les prescripteurs. Donc j'ai suivi une journée dans ce cadre-là pour préparer le mois sans tabac de l'année dernière.

Ok, merci. Et de manière générale, pour toi, qu'est-ce qui favorise l'arrêt du tabagisme pour le patient ? Aussi bien les outils que les techniques...

Euh d'après la formation ou d'après mon expérience ?

D'après ton expérience, enfin la question est orientée vraiment générale, pas que kiné. Vraiment tout ce qui peut être proposé au patient fumeur.

Je dirais que ca doit partir de la motivation de la personne, nous on va être un relai et on va pouvoir soutenir et accompagner cette motivation parce que après il y a tous les outils qu'on peut mettre en place si on est sollicité. Des fois juste un entretien au décours d'une séance, on va pouvoir faire un dépistage et poser la question à la personne si elle fume, ben ça peut déjà lancer le sujet et ... être un premier vecteur de changement de comportement !

Ok, et qu'est-ce que tu penses de la place du kiné dans la lutte anti-tabagisme par rapport aux autres professionnels ?

Alors je pense qu'on a un rôle qui peut être assez important dans le sens où on va suivre des patients sur du moyen/ long terme, du coup on peut être vraiment ... La personne n'aura pas besoin de prendre rendez-vous, enfin elle sait qu'elle vient nous voir régulièrement. Donc on peut faciliter le suivi sans que ce soit trop chronophage pour nous au cours des consultations.

D'accord

Donc je pense qu'on a un rôle auprès de nos patients, et surtout les patients chroniques si on observe que, ben, ca peut être gênant dans la rééduc au niveau du réentraînement à l'effort etc

Ok, donc par rapport à ça, quels outils peuvent être utilisés par les kinés pour aider à arrêter ?

Euh, bah alors en fait, le traitement de première intention, enfin ce qui est vraiment recommandé, c'est les substituts nicotiques. C'est pour ça qu'on a eu, qu'on nous donne la possibilité de prescrire. C'est le seul traitement médicamenteux qu'on peut prescrire pcq bah c'est la première des actions qu'on peut mettre en place

OK, et tout ce qui est par exemple activité physique, relaxation, ... est-ce que tu penses que ça peut être un outil proposé par le kiné ?

Bah oui, en fait ça doit être une intervention multifactorielle donc tout ça va accompagner le patient. Mais faudra bien cibler aussi au cours de l'entretien motivationnel quel levier on va pouvoir utiliser avec quelle personne. Pourquoi elle a envie d'arrêter ? Est-ce que c'est pour être plus à l'aise dans ses activités ? Ou c'est parce que y'a des enfants ? Ou est-ce que c'est, voilà ...

Oui ok

Donc en fonction des leviers qui vont être importants pour la personne, enfin en fonction des motivations de la personne on va utiliser différents leviers

Ouais je vois, donc au niveau de la prescription des substituts nicotiniques, euh, est-ce que déjà tu l'utilises ?

Alors j'utilise le modèle de prescription qui est dans le guide des premiers gestes en tabacologie, donc c'est un guide très très bien fait que j'ai découvert quand j'ai fait la formation et là il y a des modèles d'ordonnance, du coup moi j'utilise ce modèle-là en général.

OK, et à quelle fréquence tu prescribes des SN ?

Alors c'est pas très fréquent, déjà je commence à identifier les personnes fumeuses ... Mais j'ai pas énormément de fumeurs autour de moi, déjà parmi mes patients et même autour de moi, y'en a pas tant que ça.

Ah bah tant mieux !! (rires)

Et du coup ben en fait ça m'est arrivé d'en parler dans un entretien et de faire une ordonnance mais finalement ça va pas être le bon moment pour la personne à ce moment-là donc ça va pas donner de suite. Et puis après c'est un peu plus tard que les personnes reviennent et là on peut commencer un suivi sur le sevrage et la réduction du tabac et comme ça le renouvellement va être à la demande de la personne. C'est vrai que là j'ai un patient qui a euh qui a recommencé, et qui m'a resolicité et finalement c'est le médecin qui a pris le relai sur la prescription donc voilà. De toute façon on prévoit toujours une date sur une nouvelle consult. Mais c'est vrai que je n'ai jamais eu besoin de renouveler.

Ouais ok. Donc au niveau de la fréquence, tu ne pourrais pas me dire 1 fois tous les ?

Non c'est variable

Ok. (silence)

La fréquence ouais je ne pourrais pas te donner un ordre d'idée. Tu me dirais pour les cannes, là je pourrais te dire 1 ou 2 ordos par mois, mais là... Sur les SN c'est ponctuel et voilà.

Ok, et donc pour quel type de pathologie tu prescrites ? Tu disais tout à l'heure plus pour les pathologies chroniques quoi vu que tu les vois souvent...

Oui, euh, là par exemple j'ai un patient fumeur emphysémateux que je vois à domicile et donc voilà lui c'est vraiment celui que j'ai le plus accompagné dans le sevrage. Après ça peut aussi être dans mon entourage

Ok

Donc là c'est pas des patients mais j'ai été sollicité de temps en temps.

D'accord, et comment tu abordes le sujet avec le patient ? Est-ce que tu l'abordes lors du bilan initial ou plutôt lors de la prise en charge ?

Non je fais au fur et à mesure, j'attends le moment où je sens que c'est opportun parce que c'est pas toujours un sujet facile à aborder. Par rapport à ce patient, ça a été : il a chuté, il s'est fait une fracture et à un moment il a recommencé à sortir et il m'a planté un peu à domicile. Je sonne, personne ne répond... Et puis en fait je le vois arriver, tout boitillant avec son paquet de clope et en fait il revenait du bureau de tabac. Donc j'en ai profité pour lui dire, euh, pour aborder ce sujet-là. Et du coup on a commencé à discuter à partir de là.

OK

**Donc je lui ai dit que ça sert à rien ce qu'on fait si il s'achète des paquets de clopes...
Donc euh bon voilà !! « après moi je peux vous aider, etc »**

Ok d'accord. Et qu'est ce qui t'as fait « franchir le pas » à prescrire ?

Eumm... Bah déjà ça a été la formation ! Et en fait je trouvais ça dommage qu'on ait un outil et cette possibilité-là mais je me sentais pas capable en fait de l'utiliser parce que je savais pas comment faire une ordonnance, comment doser les quantités donc voilà. Une fois que j'ai été formée ça a été beaucoup plus simple et sinon avant on ne m'en avait jamais parlé à l'IFMK donc je considérais que j'avais pas les compétences pour le faire

Ok je comprends, et qu'est ce que ça t'apporte à toi de prescrire ?

En fait ce que ça m'apporte en tant que kiné, c'est que ça m'a sensibilisé sur l'entretien motivationnel. Parce que en fait initialement c'est dans ce cadre-là le

sevrage tabagique / alcoolique que l'entretien motivationnel a été développé donc pour la rééducation, la douleur chronique etc, je trouvais que, euh, je manquais un peu de ressources sur comment mener un entretien, etc. Donc en faisant cette formation et en ayant aussi le principe de l'entretien motivationnel pour le sevrage tabagique bah j'ai pu peu à peu m'améliorer sur l'entretien motivationnel en général dans ma rééducation.

Ok

Donc c'est vraiment ça le gros plus. Et puis là du coup c'est aussi pour ça que la formation éducation thérapeutique que je fais en ce moment bah ça me permet d'aller encore un peu plus loin sur ça.

Oui c'est vrai. Et quels sont les retours des patients quand tu leur dis que tu peux prescrire
C'est-à-dire ?

Est-ce qu'ils savent que les kinés peuvent prescrire ? Est-ce qu'ils sont contents que tu puisses le faire ? Quels sont leur retour quand tu leur proposes de prescrire ?

Alors c'est vrai que, souvent je communique sur oui je peux prescrire des cannes, ... ; Et si jamais j'ai posé la question dans mon entretien, euh, là j'en parle à ce moment-là. Après sur les prescriptions que j'ai faites, euh... en terme de retour... (silence)

Est-ce que tu sais si ça a fonctionné ?

J'ai pas toujours les éléments de suivi, mais voilà après le patient que je suis par exemple, ben il revient vers moi pour demander qu'est-ce que je pense du dosage etc ... Donc en fait c'est plus des retours techniques je dirais.

Ok d'accord.

Donc la satisfaction je n'ai pas vraiment mesuré et j'ai pas trop d'idées là-dessus.

Ok, au niveau de l'utilisation de la prescription de SN en général par la profession, tu penses que c'est quoi la proportion de kinés qui connaissent ?

Je n'ai pas bien entendu ta question.

Tu penses c'est quoi la proportion de kiné libéraux qui connaissent le droit de prescrire des SN ?

Euh libéraux, je pense qu'il n'y en a pas énormément. Après je pense que y'en a qui ont su mais qui n'ont pas plus creusé que ça.

Ouais

Mais en termes de proportion euh... En fait moi j'ai formé mes collègues après avoir fait la formation donc je sais que mes collègues sont au courant, mais qu'ils ont pas passé le cap de prescrire et que je pense qu'ils renverront vers moi les personnes qui les sollicitent. Donc comme ils le font pas, ils n'en parlent pas non plus à leur patientèle, ou leur proche.

Et pourquoi tu penses qu'ils ne veulent pas prescrire ?

Alors... Quand j'ai fait le topo, ils m'ont dit « ouais c'est super bien mais moi quand même je me sens pas assez à l'aise », donc voilà, je pense qu'il faut se plonger un peu dans le sujet, parce que c'est bien d'avoir le tableau avec un bilan rapide et de dire à telle consommation correspond tel dosage mais en fait la formation apporte beaucoup d'éléments sur la dépendance, sur les autres types de substituts, du coup ça c'est difficile à transmettre en 1h de topo auprès des collègues ou même pendant le CIFEPK, même si j'avais quand même plus détaillé mon intervention. Donc c'est plus des sensibilisations que des formations. Donc il faut quand même passer par des formations, je pense, pour vraiment se dire « ok, je me lance et je vais voir ce que ça donne »

Ouais donc pour toi il faut vraiment faire une formation pour se sentir apte.

Ouais voilà

Et du coup est-ce que tu pourrais me donner un chiffre sur la proportion de kinés libéraux qui connaissent ? Et ceux qui l'utilisent ? Pour toi !

Alors qui connaissent.... Je dirais.... Aller 20% des kinés libéraux. Et peut-être 5% l'utilisent.

Ok d'accord. Et par rapport à ce chiffre faible, tu penses quels sont les freins à la prescription par les kinés, en plus de ceux que tu as dit pour tes collègues ?

Bah c'est aussi d'avoir la patientèle. Parce que c'est jamais le motif pour lequel une personne vient consulter. Et on n'a pas toujours le temps en rééduc, on va pas toujours questionner ce plan-là donc y'a de ça. Après je pense aussi, si il y a une

attente, un besoin exprimé par le patient sur sa consommation de tabac, bah là il faut que le kiné dise « ok, bon, maintenant je vais voir ce que je peux faire parce que je fais partie des personnes en première ligne pour agir » et en fait je pense que c'est savoir qu'on est en première ligne sur cette prise en charge, sur cette intervention-là que c'est important que ce soit plus connu et que (silence), ce soit plus démocratisé dans notre pratique aussi.

Ouais, et du coup de quelle manière tu penses qu'il serait intéressant de sensibiliser les kinés sur ce sujet ?

(silence), je pense que par les réseaux type URPS pourraient communiquer peut-être un peu plus, parce qu'il me semble qu'il y a beaucoup de kinés qui sont inscrits sur les newsletters. L'ordre aussi pourrait communiquer, et renvoyer vers des formations. Parce qu'en fait moi, la formation que j'ai faite, c'est sur une journée, c'est gratuit et j'ai juste eu besoin de m'inscrire par téléphone.

OK

Donc en fait c'est très facile d'accès, mais il faut avoir les info pour savoir que ça se fait etc. Donc voilà c'est peut-être à l'ordre et l'URPS qui pourraient aussi se mettre un peu en réseau localement avec les structures qui donnent les formations pour inciter les kinés à aller se former.

Ouais ok. Et est-ce que tu penses qu'il serait intéressant qu'il y ait plus de kinés qui prescrivent des SN ?

Oui oui, en tout cas que les kiné soient plus à l'aise pour le faire.

Et pourquoi ?

Bah parce que ça fait parti des besoins identifiés en matière de santé publique et que c'est ... (silence), c'est pas un geste trop compliqué non plus, donc voilà.

Ok merci beaucoup. J'en ai fini avec mes questions, est-ce que tu as quelque chose à rajouter, ou un thème que j'ai pas abordé sur ce sujet ?

Euh non, je vois pas. Ca me paraît assez complet.

ANNEXE III – Questionnaire à destination des MKLB

I. Informations générales

1. Depuis quelle année êtes-vous diplômé ?

- Avant 1980
- Entre 1980 et 1989
- Entre 1990 et 1999
- Entre 2000 et 2009
- Entre 2010 et 2015
- Après 2016

2. Dans quel département exercez-vous ?

- Finistère (29)
- Cotes d'Armor (22)
- Morbihan (56)
- Ille-et-Vilaine (35)

3. Avez-vous une spécialisation dans un domaine de la kinésithérapie ?

- OUI
- NON (*passage à la question 5*)

4. Dans quel(s) domaine(s) ?

- Musculo-squelettique
- Cardio-vasculaire
- Pneumologie
- Périnéologie
- Neurologie
- Maxillo-facial
- Vestibulaire

- Pédiatrie
- Gériatrie

5. Etes-vous ?

- Fumeur
- Non-fumeur
- Ex-fumeur

II. Informations sur prescription des dispositifs médicaux

1. Vous arrive-t-il de prescrire des dispositifs médicaux ?

- OUI
- NON (*passage à la question 4*)

2. Quel(s) dispositif(s) médical(aux) prescrivez-vous ?

- Aide à la déambulation (canne/béquille/déambulateur/embout canne/talonnette)
- bandes et orthèses de contention souple élastique des membres
- Attelle souple
- ceinture lombaire
- Sonde/électrode cutanée périnéale
- Collecteur d'urine, étui pénien, pessaire, urinal
- Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe
- Barrière de lit/cerceaux
- Potence/soulève malade
- Matelas/coussin d'aide à la prévention d'escarre
- Pansement sec ou étanche pour immersion en balnéothérapie
- Fauteuil roulant manuel de classe 1 (location pour durée inférieure à 3mois)

3. A quelle fréquence ?

- Moins d'une fois par an

- Plus d'une fois par an
- Plus d'une fois par mois
- Plus d'une fois par semaine

4. Pourquoi ne prescrivez-vous pas ?

- Je n'ai pas le temps
- Je n'éprouve pas d'intérêt personnel pour la prescription
- Je ne me sens pas apte à prescrire
- Ce n'est pas adapté à l'exercice de la profession MK
- Ce n'est pas un acte reconnu financièrement
- Je ne me sens pas le mieux placé pour le faire
- Autre raison

III. Information sur le repérage des patients fumeurs

1. Questionnez-vous vos patients sur leur consommation tabagique ?

- OUI
- NON (*passage partie IV*)

2. A quel moment posez-vous la question à votre patient sur sa consommation tabagique ?

- Lors du bilan initial
- Lors des séances suivantes
- Cela dépend

3. Pour quel type de population recherchez-vous la consommation tabagique ?

- Tout type de patients
- Pathologie chronique
- Pathologie cardio-respiratoire
- Traumatologie (exemple : délai de cicatrisation)
- Femme enceinte

- Autre

4. Que faites-vous en général quand le patient vous répond qu'il est fumeur ?

- Je ne fais rien
- Je lui demande s'il veut arrêter et s'il a besoin d'aide
- J'informe mon patient sur les effets néfastes du tabac
- Je propose une brochure d'aide à l'arrêt
- Je l'oriente vers un médecin, tabacologue, pharmacien
- Je propose des substituts nicotiques

IV. Informations sur la connaissance et l'utilisation de la prescription des substituts nicotiques

1. Saviez-vous que les MK sont autorisés à prescrire des SN (depuis la loi de modernisation du système de santé (26 janvier 2016)) ?

- Oui
- Non (*passage à la partie V*)

2. Comment l'avez-vous appris ?

- Lors de votre formation initiale
- Lors de formation continue (laquelle ?)
- Par l'ordre des MK
- Par une revue kiné
- Par un/une collègue
- Par une organisation territoriale (ex : URPS, CPTS)
- Par une communication nationale lors du « mois sans tabac »
- Autre

3. Prescrivez-vous des SN ?

- Oui
- Non

4. Si vous avez répondu « oui », à quelle fréquence prescrivez-vous ?

- Moins d'une fois par an
- Plus d'une fois par an
- Plus d'une fois par mois
- Plus d'une fois par semaine

5. Si vous avez répondu « non », Pourquoi ?

- Je n'ai pas le temps
- Je n'éprouve pas d'intérêt personnel pour la prescription des substituts nicotiniques
- Je ne me sens pas apte à prescrire des substituts nicotiniques.
- Ce n'est pas adapté à l'exercice de la profession MK
- Ce n'est pas un acte reconnu financièrement
- Je n'ai pas la patientèle adaptée
- J'ai peur de créer une mauvaise relation thérapeutique
- Je ne me sens pas le mieux placé pour le faire
- Autre raison

V. La place du kiné dans l'aide au sevrage tabagique

1. Diriez-vous que les MK ont un rôle dans l'aide à l'arrêt du tabac ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

2. Vous pouvez justifier votre réponse en quelques lignes

3. Pensez-vous que la prescription des substituts nicotiniques peut être un outil intéressant dans notre prise en charge ?

- OUI

- NON
4. Vous pouvez justifier votre réponse en quelques lignes
5. Aimeriez-vous une formation sur la prescription des substituts nicotiques et l'aide à l'arrêt du tabac ?
- OUI
 - NON (fin du questionnaire)
6. Sous quelle forme ?
- Module inclus dans une formation continue
 - Format papier incluant ordonnancier + guide de la prescription
 - Réunion pluriprofessionnelle locale
 - Formation e-learning
 - Autre

NOM : LEMETAYER

PRENOM : LEA

TITRE : Etat des lieux de la prescription des traitements nicotiques de substitution par les MK libéraux de la région Bretagne

INTRODUCTION: Since January 22nd, 2016, French physiotherapists have the right to prescribe nicotine replacement therapies (NRT). It is a helpful measure to quit smoking. The aim of this study is to provide an overview of nicotine replacement therapies' prescription by private physiotherapists in Brittany.

METHOD: An online survey was distributed to Brittany's private physiotherapists, from November 2020 to January 2021. **RESULTS:** 79 answers were analyzed. Results showed that 84% of physiotherapists know this right but only 6% have ever done this prescription. The main problem detected in this study is the lack of continuing education: physiotherapists don't feel able to prescribe NRT. However, 84% believe that physiotherapists have a role to play in helping people quit smoking and 39% would like training on this subject.

DISCUSSION: These results show the importance of carrying out initial and continuous training on this subject for physiotherapists. In future research, it would be useful to propose training in different forms and then analyse which are most effective in order to enable physiotherapists to feel relevant to prescribe NRT.

INTRODUCTION : Depuis la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire des traitements nicotiques de substitution (TNS). Ces traitements sont une aide dans le sevrage tabagique. L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux sur la prescription des TNS par les masseur-kinésithérapeutes libéraux de Bretagne (MKLB). **METHODE :** Un questionnaire en ligne a été diffusé à destination des MKLB, de novembre 2020 à janvier 2021. **RESULTATS :** 79 réponses ont été analysées. Les MK connaissent en majorité ce droit (84%) mais très peu l'ont déjà utilisé (6%). Le manque de formation est le plus gros frein identifié : ils ne se sentent pas aptes et légitimes à prescrire des TNS. Pourtant, 84% pensent que les MK ont un rôle à jouer dans l'aide à l'arrêt du tabac et 39% aimeraient une formation sur le sujet. **DISCUSSION :** Ces résultats montrent l'importance d'effectuer des formations initiales et continues sur ce sujet. Dans de futures recherches, il serait intéressant de mettre en œuvre des formations sous différents formats puis d'analyser lesquels sont les plus efficaces pour permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de se sentir aptes à prescrire des TNS.

KEYWORDS : Nicotine replacement therapies, prescription, physiotherapist

MOTS CLES : Traitements nicotiques de substitution, prescription, masseur-kinésithérapeute

INSTITUT DE FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

22 avenue Camille Desmoulins
29238 Brest CEDEX 3

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – ANNEE 2021