



HAL
open science

Perception par les patients du sevrage tabagique avec recours à une infirmière addictologique de proximité en comparaison avec une prise en charge hospitalière initiale: Etude qualitative par entretiens semidirigés

Christophe Poirel

► **To cite this version:**

Christophe Poirel. Perception par les patients du sevrage tabagique avec recours à une infirmière addictologique de proximité en comparaison avec une prise en charge hospitalière initiale: Etude qualitative par entretiens semidirigés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932259

HAL Id: hal-01932259

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932259>

Submitted on 23 Nov 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Christophe POIREL

le 17 mai 2016

**PERCEPTION PAR LES PATIENTS DU SEVRAGE
TABAGIQUE AVEC RECOURS À UNE INFIRMIÈRE
ADDICTOLOGIQUE DE PROXIMITÉ EN COMPARAISON AVEC
UNE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE INITIALE.**

ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMIDIRIGÉS

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur François Paille,

Président

M. le Professeur Yves Juilliere

M. le Professeur Yves Martinet

M. le Professeur Didier Peiffert

M. le Professeur Bruno Chenuel

M. le Docteur Olivier Bouchy,

Juges



Président de l'Université de Lorraine
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY -
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE -
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François
CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre
GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles
GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTMANN - Gerard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle
KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel
LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel
MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre
NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD
- François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER -
Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel
SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER
- Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-
Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Philippe HARTEMANN - – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

4ème sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2ème sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3ème sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4ème sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (pharmacien)

4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

3ème sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2ème sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2ème sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2ème sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA

3ème sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)

Docteure Anne DEBOURGOGNE (sciences)

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
Docteure Nelly AGRINIER

2ème sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)

Docteur Aurore PERROT

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)

Docteure Lina BOLOTINE

4ème sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2ème sous-section : (Réanimation ; Médecine d'Urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (stagiaire)

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4ème sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (stagiaire)

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

3ème sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (stagiaire)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème section : SCIENCE DU LANGAGE / LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIREMadame Nathalie AUCHET - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ – Madame Céline HUSELSTEIN**66ème Section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**Médecine Générale**

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE - Docteur Olivier BOUCHY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSAProfesseur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive,
Houston (U.S.A)Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical
Sciences de Kyoto (JAPON)Professeure Maria DELIVORIA-PAPADO-
POULOS (1996)Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

À Monsieur le Professeur François PAILLE, Président,
Professeur de Thérapeutique (Option Clinique)

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver dans ces quelques lignes l'expression de ma sincère reconnaissance pour avoir apporté votre regard et expérience à ce travail.

À Monsieur Yves JUILIERE,
Professeur de Cardiologie et Maladies Vasculaires,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

À Monsieur Yves MARTINET,
Professeur de Pneumologie,

Merci de rejoindre mon jury de thèse pour apporter votre regard référent dans le domaine de la tabacologie.

À Monsieur Didier PEIFFERT,
Professeur de Cancérologie-Radiothérapie,

Merci d'avoir prêté attention à mon sujet de thèse, bien que la prévention soit une étape bien antérieure au moment de votre prise en charge.

À Monsieur Bruno CHENUDEL,
Professeur de Physiologie,

Merci de vous être rendu disponible afin de participer à mon jury de thèse.

Au Docteur Olivier BOUCHY,

Merci de m'avoir orienté sur le choix de mon sujet de thèse, après un semestre d'interne en médecine générale de ville, riche en découvertes. En espérant que ma future collaboration à Revigny-sur-Ornain se passe dans les meilleures conditions, et que je puisse toujours bénéficier de vos conseils.

Merci à toute ma famille,

À mes parents, sans qui tout ceci n'aurait pas été possible, de ma conception à mon éducation. Ils m'ont toujours soutenu au cours de ces longues années d'études.

À Virginie et Delphine, mes deux soeurs aînées. Et non, je n'ai pas été le petit dernier chouchouté, comme elles auraient tendance à le dire.

À mes neveux, Mathis et Arthur, qui me permettent de ne pas oublier le B.A.-BA de la pédiatrie, mais aussi la patience qu'il faut en présence d'enfants.

À Mme Kennel et Mme Pidancier, qui prennent en charge de façon si remarquable leurs patients, avec écoute et empathie.

À Arnaud. Content d'avoir fait ta connaissance. Il est toujours agréable d'avoir eu un co-interne tel que toi, surtout que tu gères dans le choix d'appartement.

À Jean-Philippe, s'il reste des fautes d'orthographe et de syntaxe, c'est qu'il en a laissé passer. Merci de tes conseils et de ton soutien.

À Julie, Jos et Joe (j'espère que d'ici l'impression de ces lignes, j'aurai vu ton petit bonhomme). Je sais que j'étais un peu casse-pieds avec mes statuts facebook... Mais ça avait l'avantage de distraire Jos !

À Victoria, même si tu es partie loin faire ton internat, nous sommes restés bons amis. Pour rappel, à la base, c'est moi qui te parlais de partir faire un internat ailleurs qu'en Lorraine. Au final, tu es allée en Nouvelle-Calédonie.

Aux secrétaires du cabinet médical de Revigny-sur-Ornain, Brigitte, Maryse, Séverine, Sylvie, qui essaient autant que possible de ne pas surcharger mon planning et me harceler de coup de fils...

À mes autres futurs associés, Dr Eric Bastide, Dr Béatrice Blandin, Dr Philippe Rochebouet.

À l'équipe de médecine de Bar-le-Duc, Dr Tagu, Dr Nakad, Dr Evon, Dr Rapt, merci d'avoir partagé vos connaissances.

Sans oublier l'équipe infirmier et aide soignant, Angélique, Fabienne, Jessica, Karine, Kévin - le meilleur infirmier de médecine. Il n'a pas trop de difficulté : c'est le seul ;) -, Kitty, Marie, Marilyn... malheureusement trop nombreux pour être cités individuellement.

Il serait trop long de citer tous les medecins et équipes soignantes qui ont participé à ma formation, qui m'ont apporté tant de chose.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

SOMMAIRE

Liste des professeurs	2
Remerciements	8
Serment	12
Sommaire	13
Développement du sujet	16
1. Introduction	16
1.1. La loi et les politiques de santé évolutives	17
1.1.1. Loi Veil	17
1.1.2. Loi Evin	17
1.1.3. Le décret Bertrand	18
1.1.4. Les plans gouvernementaux	18
1.1.5. la convention - cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS	19
1.2. Les recommandations applicables au sevrage tabagique	20
1.2.1. Le dépistage est la première étape	20
1.2.2. En deuxième étape, l'évaluation, ou plutôt les évaluations	21
1.2.2.1. Évaluation de la consommation et de la dépendance	21
1.2.2.2. Évaluation des comorbidités anxio-dépressives	21
1.2.2.3. Évaluation des co-consommations	22
1.2.2.4. Évaluation de la motivation	23
1.2.3. Au décours de ces évaluations, prend place « le conseil d'arrêt »	23
1.2.4. Aide au sevrage	24
1.2.4.1. En première intention	24
1.2.4.2. En deuxième intention	26
1.2.4.3. Traitements non recommandés	27
1.3. La situation en Meuse	28
1.4. Objectif de l'étude	30

2. Méthode	31
2.1. Choix de la méthode	31
2.2. Constitution des échantillons	32
2.3. Réalisation d'un canevas d'entretien	33
2.4. Collecte de l'information	35
2.5. Méthode d'analyse	36
3. Résultats	37
3.1. Description de la population	37
3.2. Analyse des résultats	40
3.2.1. Motifs et motivations à débiter un sevrage	40
3.2.2. Avantages d'un suivi par une infirmière addictologue	41
3.2.3. Avantages inhérents à chaque type de suivi	43
3.2.3.1. Suivi hors cadre hospitalier	43
3.2.3.2. Suivi cadre hospitalier	43
3.2.4. Inconvénients	44
3.2.4.1. Lors d'un suivi de proximité	44
3.2.4.2. Lors d'un suivi hospitalier	45
3.2.5. Suggestions	46
3.2.6. La cigarette électronique	47
3.2.7. La place du médecin traitant	47
3.3. Synthèse des déterminants de choix	49
4. Discussion	50
4.1. Divers biais méthodologiques	50
4.1.1. Biais interne	50
4.1.2. Biais d'investigation	50
4.1.3. Biais d'interprétation	51
4.2. La consultation de tabacologie	52
4.2.1. Sa place dans le sevrage	52
4.2.2. Une communication à renforcer	53
4.2.3. La nécessité de prendre du temps	54
4.2.4. Un début de tabagisme précoce	54
4.2.5. Les points à améliorer	55
4.2.6. Des arguments non totalement discriminant	56

5. Impact personnel	57
6. Conclusion	58
Liste des abréviations	60
Bibliographie	61
Annexes	64
Annexe 1 : Algorithme de dépistage de l'HAS	64
Annexe 2 : Test de dépendance à la cigarette de Fagerström	65
Annexe 3 : Questionnaire anxiété et dépression (HAD)	66
Annexe 4 : Inventaire d'anxiété de Beck (BAI)	67
Annexe 5 : Inventaire de dépression de Beck (BDI)	68
Annexe 6 : Questionnaire FACE	69
Annexe 7 : Audit-C	70
Annexe 8 : Questionnaire CAST	71
Annexe 9 : Algorithme IDEAL du parcours du patient	72
Annexe 10 : Courrier de demande aux patients suivi sur l'hôpital de participation à l'étude	73
Annexe 11 : Formulaire de réponse des patients suivi en hospitalier	74
Entretiens	75
Entretien 1	76
Entretien 2	78
Entretien 3	81
Entretien 4	83
Entretien 5	86
Entretien 6	89
Entretien 7	92
Entretien 8	95
Entretien 9	97
Entretien 10	102
Entretien 11	104
Autorisation d'imprimer	108

1. INTRODUCTION

Le tabagisme : un enjeu politique et de santé publique français depuis des années.

En 1975, presque 60% des hommes et 30% des femmes fumaient. Le tabagisme masculin de cette époque à 2005 avait une tendance à diminuer progressivement, ainsi que le tabagisme féminin, après une période d'augmentation jusque dans les années 1990.

Le Baromètre santé de 2010 avait montré une hausse de la prévalence tabagique par rapport à 2005, notamment chez les femmes. La vente de cigarette en 2011 atteignait 54 108 millions d'unités (1).

Les données issues du Baromètre santé INPES 2014 faisait à nouveau apparaître des résultats encourageants sur la consommation de tabac.

Le nombre de fumeurs réguliers baisse, passant de 29,1% en 2010 à 28,2% en 2014, notamment chez les femmes (24,3% versus 26% en 2010). La population d'ex-fumeur a augmenté, passant de 29,2% en 2010 à 31% en 2014. Les tentatives de sevrage sont plus nombreuses (29% ont fait une tentative dans l'année, versus 25,2% en 2010), avec une plus grande part d'hommes volontaires à l'arrêt.

Cependant, la prévalence tabagique reste globalement plus élevée en France que dans de nombreux autres pays occidentaux, avec 34% de fumeurs chez les 15-75 ans. En ce qui concerne l'expérimentation du tabac, elle est plus répandue puisqu'elle concerne 80 % des 15-75 ans en 2014 contre 75% en 2010 (2)(3).

Dans les années 1950, les effets nocifs de la consommation tabagique, dont cancérigènes ont été mis en évidence. Depuis, de nombreuses campagnes d'information et de promotion de la santé ont été développées progressivement, associées à d'autres modifications sociétales : l'interdiction du tabagisme dans les lieux publics, l'évolution du prix du tabac (3,20€ en 2000 à 5,98€ en 2011 pour la classe de cigarettes la plus vendue).

Aujourd'hui, c'est la première cause de décès évitable dans le monde.

1.1. LA LOI ET LES POLITIQUES DE SANTÉ ÉVOLUENT

1.1.1. La loi Veil

La loi Veil du 9 juillet 1976 est le premier grand texte luttant clairement contre les méfaits du tabagisme. Centrée sur la publicité, elle interdit le parrainage de manifestations sportives par les cigarettes, et l'usage de tabac « dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé ». Elle impose l'inscription de la mention « abus dangereux » sur les paquets de cigarettes. Cette loi a permis de stabiliser la consommation de tabac jusque-là en augmentation.

1.1.2. La loi Evin

La loi Évin du 10 janvier 1991 modifie en profondeur la norme sociale en matière de tabagisme et provoque une diminution de la consommation. Elle lutte à la fois contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Elle renforce considérablement le dispositif législatif :

- en favorisant la hausse du prix des cigarettes ;
- en posant le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs ;
- en interdisant toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac et des produits dérivés ;
- en interdisant toute distribution gratuite ;
- en interdisant toute opération de parrainage liée au tabac ;
- en régulant la vente ;
- en autorisant – sous certaines conditions – les associations impliquées dans la prévention du tabagisme à se constituer partie civile devant les tribunaux.

1.1.3. Le décret Bertrand

Le décret Bertrand du 15 novembre 2006, applicable depuis le 1^{er} février 2007, étend l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif afin de limiter le tabagisme passif :

- tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail ;
- l'enceinte entière (y compris les endroits ouverts comme les cours de récréation) des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs ;
- les établissements de santé ;
- l'ensemble des transports en commun ;
- certaines catégories d'établissements (débits de boissons, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques) ont eu un délai jusqu'au 1^{er} janvier 2008 pour s'adapter à la nouvelle réglementation.

1.1.4. Les plans gouvernementaux

La lutte contre le tabagisme est intégrée dans les différents plans « addictions » (le plan triennal 1999-2002 de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances ; le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 ; le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 ; le plan ministériel 2007-2011 sur la prise en charge et la prévention des addictions ; le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017).

La dernière loi de santé 2015, sur son volet de prévention du tabagisme, se donne pour objectifs une baisse d'au moins 10% de fumeurs en 2019, de passer sous la barre des 20% de fumeurs en 2024 (versus les 30% actuels) et d'avoir au moins 95% des jeunes de moins de 18 ans non fumeur en 2032.

Le rôle majeur du tabagisme dans la survenue du cancer a rendu son intégration aux différents plans cancer comme une évidence.

C'est au cours de ce premier Plan Cancer I (2003-2007) qu'ont eu lieu des hausses de prix fortes et répétées. (3,20€ en 2000 à 5,98€ en 2011 pour la classe de cigarette la plus vendue).

Lors du Plan Cancer II (2009-2013) les avertissements sanitaires illustrés ont été imprimés sur les paquets (arrêté du 15 avril 2010). En 2009, l'interdiction de vente aux moins de 16 ans a été portée jusqu'à l'âge de 18 ans. Il n'y a pas eu que des mesures coercitives. Le remboursement des substituts nicotiques a été porté de 50 à 150 euros pour les femmes enceintes en septembre 2011.

Le dernier Plan Cancer III (2014-2019) n'est pas en reste, avec le projet d'instaurer un programme nationale de réduction du tabagisme.

1.1.5. La convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS

Ce traité, adopté en 2003, ratifié par la France en 2004, est entré en vigueur en 2005 et compte à ce jour 168 membres.

Il incite aux mesures financières et fiscales («moyen efficace de réduire la consommation [...] en particulier pour les jeunes»), à la protection contre le tabagisme passif, à l'étiquetage des conditionnements (avertissements sanitaires illustrés), à l'interdiction de la publicité pour les produits du tabac, à la lutte contre le commerce illicite des produits du tabac et la vente aux mineurs. Il promeut également «l'éducation, la communication, la formation et la sensibilisation du public ».

1.2. LES RECOMMANDATIONS APPLICABLES AU SEVRAGE TABAGIQUE

De nombreuses études ont montré l'impact des pharmacothérapies seules et en association avec des interventions comportementales (4) (5), notamment les conseils effectués par une infirmière dédiée ou non (6). Les consultations individuelles, de groupe ou téléphoniques ont montré leur efficacité statistiquement (7).

1.2.1. Le dépistage est la première étape

Il est du ressort de chaque professionnel de santé de participer au dépistage des patients fumeurs, au cours de chaque consultation, par un simple questionnement. Un conseil minimal d'arrêt du tabac donné de la part du médecin traitant augmente de 2 % le sevrage à long terme par an auprès de sa patientèle. Sur une échelle nationale, cela correspondrait à 75000 arrêts supplémentaires par an (8). Le conseil minimal offre le meilleur rapport coût / efficacité (9). Mais cette dernière repose sur un caractère systématique (10).

Une attention plus particulière doit être portée aux patients présentant des comorbidités somatiques ou mentales, aux enfants/adolescents (dès le collège) en consultation individuelle, en rappelant la confidentialité et le secret professionnel, aux femmes en projet de grossesse, aux femmes enceintes et dans le post-partum (risque élevé de rechute après l'accouchement).

La présence de fumeurs dans l'entourage du patient est à rechercher car c'est un facteur prédictif de la rechute.

Un algorithme de dépistage a été développé par l'HAS, simplifiant les démarches (annexe 1).

De cette démarche, les patients sevrés récemment ou anciennement, ne sont pas exclus.

Il est nécessaire de leur rappeler les bénéfices du maintien de l'arrêt du tabac et de prévenir le risque de rechute.

1.2.2. En deuxième étape, l'évaluation, ou plutôt les évaluations

1.2.2.1. Évaluation de la consommation et de la dépendance

Un test simple à réaliser rapidement au cours d'une consultation : test de dépendance à la cigarette de Fagerström en deux ou six questions (annexe 2).

Il est recommandé de considérer le patient comme dépendant s'il a rechuté après une tentative d'arrêt, s'il continue à fumer malgré des conséquences sur sa santé (BPCO, artérite, cancer, etc.) ou dans certaines situations spécifiques (intervention chirurgicale, grossesse, etc.).

La recherche d'un syndrome de sevrage, ainsi qu'une perte de contrôle sont à évaluer également.

1.2.2.2. Évaluation des comorbidités anxio-dépressives

Les troubles anxieux sont associés en moyenne à un syndrome de sevrage tabagique plus intense. Bien que le niveau d'anxiété augmente au cours des deux premières semaines de sevrage tabagique, il diminue après un mois à un niveau plus faible qu'avant l'arrêt du tabac.

La symptomatologie dépressive est plus sévère chez les sujets les plus dépendants au tabac. À l'arrêt de celui-ci, une décompensation d'un trouble de l'humeur est plus fréquente chez les patients avec antécédents dépressifs.

De ce fait, l'anxio-dépression diminue les chances de succès du sevrage.

Il est recommandé de rechercher chez le patient d'éventuels symptômes anxieux et dépressifs survenus lors des précédentes tentatives d'arrêt (avec ou sans traitement). L'usage d'autoquestionnaires (Hospital Anxiety-Depression scale4 (HAD) (annexe 3) ; inventaire d'anxiété de Beck (BAI) (annexe 4) ; inventaire de dépression de Beck (BDI) (annexe 5)), peuvent être remis au patient.

1.2.2.3. Évaluation des co-consommations

Des questionnaires sont développés afin de dépister ces consommations :

Alcool (questionnaire FACE (11) (annexe 6), questionnaire Audit-C (annexe 7)) : Dans ce cas de figure, le patient décidera les produits dont il souhaite se sevrer, soit simultanément, soit par étapes, dans l'ordre de son choix.

Une limitation de la consommation d'alcool est toujours à conseiller, même en l'absence d'alcool-dépendance dans la mesure où cette consommation augmente l'envie de fumer et fait partie des causes de rechute tabagique.

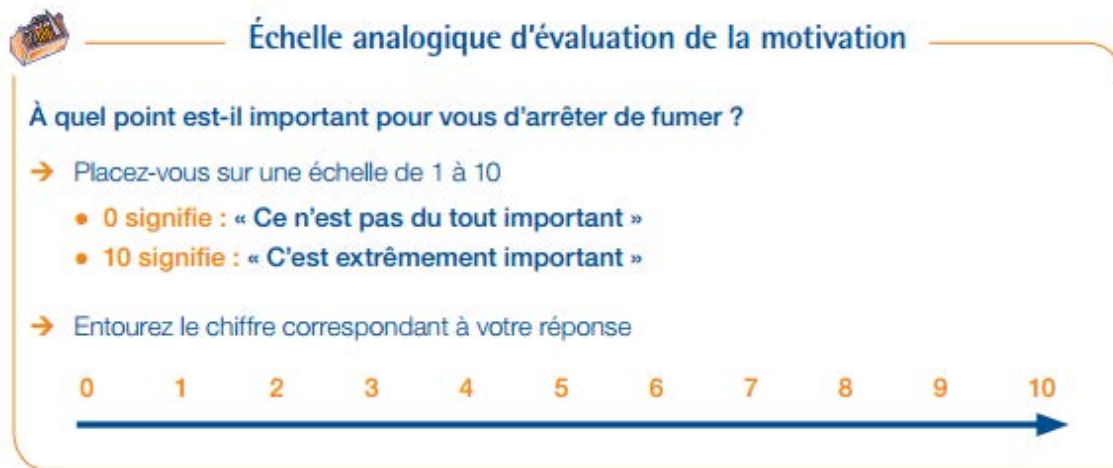
Cannabis (questionnaire CAST (annexe 8)) : Lorsqu'il s'agit d'un poly-addiction, cela tend à indiquer l'adressage du patient à un thérapeute expérimenté. Une consommation de cannabis peut parfaitement être prise en charge par le médecin généraliste.

Médicaments : La consommation inappropriée d'anxiolytiques, antidépresseurs, analgésiques doit être dépistée et prise en charge de façon adaptée avant le sevrage tabagique.

Le diagnostic repose sur un interrogatoire précis afin d'évaluer en détail les consommations.

1.2.2.4. Évaluation de la motivation

Le dépistage systématique au cours de la consultation amène une question que le patient n'avait pas forcément déjà envisagée. Leur motivation est donc peut-être différente, à évaluer par une échelle analogique.



À quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

→ Placez-vous sur une échelle de 1 à 10

- 0 signifie : « Ce n'est pas du tout important »
- 10 signifie : « C'est extrêmement important »

→ Entourez le chiffre correspondant à votre réponse

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Une échelle analogique est représentée par une ligne horizontale bleue avec une flèche à droite, sur laquelle sont marqués les chiffres de 0 à 10.

Les fumeurs passent en général par une série d'étapes avant d'arrêter (cercle de Prochaska et Di Clemente) (12)(13):

- pré-contemplation : il n'a pas encore envisagé d'arrêter de fumer ;
- contemplation : il pense à arrêter de fumer mais est encore ambivalent ;
- préparation / détermination : il se sent prêt à démarrer la phase d'action, prend la décision d'arrêter de fumer et élabore une stratégie d'arrêt ;
- action : il est activement engagé dans le changement : il arrête de fumer ;
- maintien : phase de consolidation ou il convient de rester prudent car les tentatives sont nombreuses de retourner au comportements problématiques ;
- rechute : elle est possible et fait partie du processus normal de changement. Elle peut être nécessaire à la réussite finale du processus.

En fonction du stade auquel le patient se situe, l'approche et l'aide que l'on peut apporter seront différentes.

1.2.3. Au détours de ces évaluations, prend place « le conseil d'arrêt »

Différent du conseil minimal défini par Slama et coll. en 1995 (14) qui consistait à poser deux questions : « Fumez-vous ? » et « Souhaitez-vous arrêter ? » et à remettre une brochure sur l'arrêt du tabac aux seuls fumeurs souhaitant arrêter, le conseil d'arrêt

consiste pour un professionnel de santé (IDE, médecin...) à indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter.

Ainsi, on peut dire au patient : « arrêter de fumer est la décision la plus importante que vous pouvez prendre pour protéger votre santé. Je peux vous aider si vous le souhaitez. » ; « il est important que vous arrêtiez de fumer, et je peux vous aider. » ; « je peux vous aider à arrêter de fumer. Ce sera sûrement plus facile que d'essayer tout seul. » ; « arrêter de fumer pendant que vous êtes malade est une bonne décision, ce peut être l'occasion de reprendre votre liberté face au tabac. » ; « fumer occasionnellement ou en faible quantité est encore dangereux. » ; « il n'est jamais trop tard pour arrêter et c'est encore mieux si on arrête tôt. » ; ou de façon personnalisée : « continuer à fumer aggraverait votre bronchite ou votre asthme [...], en revanche arrêter de fumer pourra améliorer votre santé de façon importante. » ; « la fréquence des infections respiratoires des enfants est supérieure dans un environnement fumeur. »

1.2.4. Aide au sevrage (parcours du patient : annexe 9)

1.2.4.1. En première intention

Accompagnement psycho-social

L'accompagnement consiste pour le médecin généraliste en une thérapie de soutien, à l'écoute du patient. Des interventions brèves sur le monitoring de la consommation et l'observance du traitement sont deux éléments clés du résultat.

Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM) est une approche relationnelle centrée sur le patient et non sur ses problèmes, ayant pour but de l'aider à exprimer ses motifs et soutenir sa motivation au changement. La consultation permet au patient de verbaliser ses souhaits et attentes par rapport à l'arrêt du tabac. Cette prise en charge se fonde sur l'hypothèse qu'un changement n'est possible que si la motivation vient de la personne elle-même.

La motivation est subordonnée à l'importance que le patient accorde au fait d'arrêter de fumer et à la confiance en ses chances de réussite.

L'attitude du professionnel consistera donc en une exploration empathique de l'ambivalence de la personne face au changement, une exploration des arguments pour et contre, en évitant confrontation et persuasion. L'usage de questions ouvertes se prête bien à cette méthode.

L'EM repose sur un partenariat coopératif et collaboratif, favorisant l'évocation et valorisant l'autonomie du patient. Il faut éviter ce que certains auteurs nomment le réflexe correcteur du soignant qui cherche à prescrire le changement, cette attitude pouvant inversement induire un phénomène de résistance.

Les données montrent que l'EM augmente la probabilité de l'arrêt de la consommation du tabac, plus encore que le conseil bref d'arrêt.

Les séances longues sont plus efficaces que des séances courtes, les rendant plus difficilement intégrables dans une consultation de médecine générale.

Traitement nicotinique de substitution (TNS)

C'est le traitement le plus évalué car le plus ancien.

Il se compose d'une forme transdermique permettant un apport de nicotine sur 24h. À titre indicatif, il est proposé une posologie de 1mg de nicotine par cigarette fumée par jour. Toutefois, cette équivalence n'a pas été démontrée et s'adapte au cas par cas.

Il est conseillé d'y associer une forme per os à action rapide comme des pastilles à sucer, des inhalateurs ou des spray buccaux, afin d'obtenir une meilleure satisfaction.

À l'issue de la première semaine de traitement, la posologie doit être affinée selon l'évolution du test de Fagerström et après la recherche de signes de sous-dosage (troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, fébrilité, et/ou persistance des pulsions à fumer, voire prise persistante de cigarettes) ou de surdosage (palpitations, céphalées, bouche « pâteuse », diarrhées, nausées, lipothymies, insomnies).

Les TNS doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois.

La diminution du traitement s'envisage ensuite progressivement par palier de 4 semaines selon l'AMM, en pratique souvent plus long (8 à 12 semaines).

Leur efficacité globale toutes formes confondues en terme d'abstinence continue à 6-12 mois a été démontrée contre placebo avec des odds ratio (OR) compris entre 1,72 (intervalle de confiance (IC) 95 % [1,61- 1,84] ; n=96 (15)) et 1,77 (IC95 % [1,66-1,88] (16)).

Soutien téléphonique

La ligne Info Tabac Service (3989), accessible de 8h à 20h du lundi au samedi, permet aux patients d'être contacté gratuitement, sur rendez-vous. Ce service offre aux fumeurs la possibilité d'un service de seconde ligne.

1.2.4.2. En deuxième intention :

Varénicline

Il s'agit d'un agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux à l'acétylcholine. Suspect d'augmenter le risque suicidaire, son rapport efficacité/effets indésirables tendait à le placer en seconde intention après échec des TNS. Une méta-analyse publiée en 2015 infirme cette idée (17).

Ce traitement se prescrit sur une durée de 12 semaines à 0,5mg 1/j de J1 à J3, puis 0,5mg 2/j de J4 à J7, puis 1mg 2/j jusqu'à 12 semaines. Pour les patients qui ont réussi à arrêter de fumer à 12 semaines, une cure supplémentaire a montré des bénéfices dans le maintien de l'abstinence.

Bupropion

Il s'agit d'un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines (noradrénaline et dopamine). Sa prescription peut se faire en dehors des contre-indications (convulsion, tumeur du système nerveux central, sevrage en alcool et/ou benzodiazépine, boulimie, anorexie mentale, insuffisance hépatique sévère, IMAO, troubles bipolaires) à la posologie de 1 comprimé par jour de J1 à J7 et de 2 comprimés par jour à intervalle de 8 heures pour une durée totale de 7 à 9 semaines.

Le profil de tolérance explique son utilisation en deuxième intention, en cas d'échec des TNS.

Accupuncture, homéopathie, mésothérapie, hypnothérapie

L'acupuncture et l'homéopathie ont été évaluées. Les résultats contradictoires ne permettent pas d'en tirer des conclusions fiables.

Pour ces quatre méthodes il est particulièrement difficile de dissocier le rôle de l'empathie délivrée au patient de l'effet spécifique propre à chaque méthode. Toutefois, au vu de leur profil de tolérance et de leur innocuité, il n'y a pas de raison objective de dissuader le patient d'essayer, en plus des techniques recommandées.

1.2.4.3. Traitements non recommandés

Certains traitements ont été étudiés dans le sevrage tabagique et n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, ou voir de leur innocuité. Parmi eux, on retrouve clonidine, cytisine, lobéline, antagonistes et agonistes partiels des opiacés, mécamylamine, buspirone, diazépam, doxépine, méprobamate, ondansétron, métoprolol, oxprénolol, propranolol, nicobrevin.

La méthode de la fumée aversive consistant à fumer à un rythme soutenu jusqu'au surdosage dans l'objectif de ressentir des effets aversifs (nausée, malaise, maux de tête, mal de gorge, toux, etc) n'a pas montré d'efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac et présente, de par son principe, des effets indésirables ne justifiant pas son emploi.

1.3. LA SITUATION EN MEUSE

La volonté de réduction du tabagisme en France est importante. Les politiques de santé depuis de nombreuses années intègrent cette volonté dans leur programme. L'HAS édite des recommandations pour encadrer la prise en charge des fumeurs. Les médecins conscients des dangers du tabagisme actif et passif participent à la vulgarisation de cette information, relayée également dans les médias.

Malgré tout, il apparaît au fil de la lecture de ces recommandations, la nécessité pour le médecin généraliste de s'impliquer dans cette démarche, d'une part pour s'y former, d'autre part pour prendre le temps nécessaire auprès de chaque patient.

La durée d'une consultation moyenne de médecine générale est de 16 minutes (18), sachant que le patient vient habituellement pour un autre motif, qui lui-même nécessite un temps de consultation.

Ainsi, peu de médecin prennent réellement place dans cette démarche de sevrage.

Les services d'addictologie offrent la possibilité aux patients de recourir aux soins d'une infirmière addictologue. Cette dernière aura pour tâche d'évaluer le patient, comme précédemment décrit. Elle travaillera conjointement avec un prescripteur pour les TNS ou thérapeutiques de deuxième intention et assurera un suivi.

La prise en charge des patients fumeur sera ainsi plus standardisée et conforme aux bonnes pratiques. Des études ont montré que ce type de prise en charge fonctionne dans l'aide au sevrage (6).

Le problème émergeant de cette prise en charge est donc l'offre de soins et sa diffusion sur le territoire.

La Meuse est un département principalement rural avec la plus faible densité de population en lorraine (31 hab/km² pour une superficie de 6211,4 km², selon le recensement de l'INSEE 2012 (19)). Pour comparaison, la Meurthe-et-Moselle possède une densité de 139,8 hab/km² pour une superficie de 5246,9 km² (20).

Elle compte trois services hospitaliers proposant une prise en charge sur le tabac, à Bar-Le-Duc, Commercy et Verdun. Il y a également deux CSAPA en Meuse. Le CSAPA Centr'aid basé à Saint Mihiel mais intervenant sur l'ensemble du département est spécialisé dans les addictions aux drogues illicites. Le CSAPA ANPAA s'occupe des autres addictions, dont le tabac. Il existe 3 antennes du CSAPA ANPAA (Bar Le Duc, Verdun et Commercy).

Le centre hospitalier de Bar-Le-Duc héberge un service d'addictologie avec en son sein une infirmière, Mme Pidancier, dédiée à la tabacologie permettant de prendre en charge les patients hospitalisés présentant une addiction au tabac. Elle assure également un suivi de ces patients après leur sortie. Les patients peuvent également avoir un accès direct de l'extérieur. Cette offre de soins existe depuis de nombreuses années.

Les distances à parcourir afin de pouvoir bénéficier de telles offres ont poussé à une réflexion sur la mise en place de consultations de proximité au sein des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels. Depuis deux ans, l'ARS Lorraine a octroyé 1 ETP (1/2 temps pour le sud meusien géré par le CSAPA ANPAA et 1/2 temps par le CSAPA Centr'aid) de recrutement d'infirmière dans le cadre de la circulaire interministérielle DGCS/5C/DGS/MC2/DSS/1A/DGOS/R4/2012/395 du 22/11/2012 (21) : crédits structurels, octroyés en année pleine 2013. Elle constitue un recours pour les patients présentant un problème d'addiction à la demande du médecin généraliste, au sein du pôle de santé pluri-professionnel de Revigny-sur-Ornain, premier site bénéficiaire. Les secrétaires gèrent le planning par un agenda électronique. Le temps de travail dévolu à Madame Kennel, l'infirmière addictologue dépendante du CSAPA ANPAA, sur le sud-meusien se partage en 0.20 ETP (maintien sur Revigny-sur-Ornain) + 0.30 ETP (addictologie «généraliste» pour les MSP du sud-meusien), soit un total de 0.50 ETP pour le sud-meusien. Mme K a bénéficié d'une même formation et expérience sur l'hôpital, auprès de Mme P, avant de travailler pour le CSAPA.

Depuis cette année, l'ensemble des MSP du sud meusien bénéficie de ces consultations grâce au financement d'un poste à temps plein rattaché au CSAPA ANPAA.

1.4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour objectif d'évaluer le vécu et les représentations des patients qui ont bénéficié d'une prise en charge en tabacologie hospitalière sur Bar-le-Duc ou en consultation d'addictologie de proximité, afin de mieux comprendre les déterminants les orientant dans le choix d'un suivi hospitalier ou dans les structures de proximité des MSP, ainsi que les difficultés rencontrées grâce à une étude qualitative comparative.

Dans un deuxième temps, elle permettra d'envisager des améliorations susceptibles d'optimiser la prise en charge. Comme ramener au plus près du fumeur la possibilité d'être pris en charge influe-t-il sur sa motivation ?

L'étude qualitative comparative permet de mettre en avant des déterminants dans le choix entre une prise en charge hospitalière ou de proximité.

2. MÉTHODE

2.1. CHOIX DE LA MÉTHODE

« La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement » (22). Le ressenti et les représentations des patients fumeurs ayant été suivi en consultation par une infirmière tabacologue concernant cette prise en charge ont été explorés au cours d'une étude qualitative comparative entre des patients suivis sur le service d'addictologie de l'hôpital de Bar-le-Duc et des patients suivis par une infirmière addictologue en consultation de proximité au sein du PSAP de Revigny-sur-Ornain, par entretiens individuels semi-structurés.

Des entretiens individuels ont été réalisés dans le but de favoriser la libre expression des patients, selon un canevas d'entretien semi-directif. L'utilisation de questions ouvertes a permis d'obtenir des réponses individualisées, tout en s'assurant que les thèmes retenus étaient bien abordés avec des questions de relance. Les entretiens ont été menés par l'enquêteur, qui a également réalisé l'analyse des résultats.

2.2. CONSTITUTION DES ÉCHANTILLONS

La population d'étude consistait en des patients suivis par une infirmière pour un sevrage tabagique avec une première consultation réalisée entre mai 2013 et décembre 2014 sur le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Bar-le-Duc et les patients suivis à la maison médicale de l'Ornain.

Le mode d'échantillonnage entre les deux groupes a été différent en raison de contraintes administrative et économique.

La liste par ordre alphabétique de patients suivis par l'infirmière de proximité a été établie à partir des données issues du logiciel médical « AxiSanté » de la maison médicale de l'Ornain. Chaque consultation donnait lieu à un enregistrement à la date prévue, même en cas de rendez-vous non honoré. Les consultations étaient nommées : « addictologie ». Les noms des patients ont été extraits après une recherche par ce mot clé via le module de recherche. Chaque dossier a été contrôlé individuellement par l'enquêteur afin d'éliminer les patients dont le début du suivi était antérieur aux dates prévues. Ont été éliminés également les patients dont les coordonnées (adresse et téléphone) n'étaient pas renseignées. Ils ont été recrutés ensuite par appel téléphonique, au fur et à mesure des entretiens. Un rendez-vous était convenu, l'enquêteur proposant de se déplacer au lieu et aux horaires à la convenance du patient.

La liste des patients suivis sur l'hôpital a été transmise à l'enquêteur après leur accord préalable afin de respecter le secret professionnel, ainsi que le président de la commission d'établissement le souhaitait. Pour obtenir cet accord, le service d'addictologie a envoyé par voie postale un courrier (annexe 10) à chaque patient ayant débuté un suivi sur la période d'étude. Un formulaire de réponse (annexe 11) était fourni en même temps. Les coordonnées des patients répondant favorablement étaient ensuite transmises, par l'intermédiaire de l'infirmière addictologue, à l'enquêteur. L'enquêteur rappelait les patients afin de confirmer leur accord et fixer un rendez-vous à leur convenance.

2.3. RÉALISATION D'UN CANEVAS D'ENTRETIEN

Un premier canevas (tableau 1) a été établi après discussion entre l'enquêteur, le directeur de thèse et d'autres médecins généralistes, ayant permis de mettre en avant des thèmes semblant pertinents.

TABLEAU 1 : GUIDE D'ENTRETIEN N°1
1 - Pour faire un peu connaissance, parlez moi de vous : âge, travail, et de votre passé de fumeur. À quel âge avez-vous commencé ? Votre entourage était-il fumeur ? Quel tabac, quelle quantité fumiez-vous ?
2 - Comment évalueriez-vous votre dépendance à cette époque ?
3 - Aviez-vous ou avez-vous d'autres consommations de toxiques ?
4 - Aviez-vous déjà essayé d'arrêter avant ? Et comment ?
5 - Quel a été votre motivation pour consulter un infirmière addictologue ?
6 - Votre suivi était-il régulier ?
7 - Comment évaluez-vous votre prise en charge globalement, avantages et inconvénients ?
8 - Quelles suggestions pourriez-vous formuler pour améliorer la prise en charge ?
9 - Votre médecin traitant était-il impliqué ? L'implication de votre médecin traitant a-t-elle eu un impact sur vous pour le sevrage ? Et ou en êtes-vous actuellement ?

Il a été testé lors du premier entretien. Des modifications ont été apportées pour rendre les questions plus intelligibles par les différents patients. Il a été également demandé aux patients la représentation qu'ils se faisaient d'une prise en charge de proximité, ou hospitalière quand ils avaient été suivi réciproquement en hospitalier, ou à proximité. Un nouveau thème, sur la cigarette électronique, a été intégré, le premier entretien abordant ce sujet.

Un deuxième guide d'entretien (tableau 2) a été utilisé à partir du deuxième entretien.

TABLEAU 2 : GUIDE D'ENTRETIEN N°2
1 - Pour faire un peu connaissance, parler moi de vous : âge, travail, et de votre passé de fumeur. À quel âge avez-vous commencé ? Votre entourage était-il fumeur ? Quel tabac, quelle quantité fumiez-vous ?
2 - Comment évalueriez-vous votre dépendance à cette époque ? De 0 à 10.
3 - Aviez-vous déjà essayé d'arrêter avant ? Et comment ?
4 - Aviez-vous ou avez-vous d'autres consommations de toxiques ?
5 - Quel a été votre motivation pour consulter un infirmière addictologue ?
6 - Comment évalueriez-vous votre motivation à arrêter ? De 0 à 10, 0 étant l'absence totale de motivation et 10 la motivation la plus forte que vous pouvez imaginer ?
7 - Que pensez-vous de la cigarette électronique ?
8 - Votre suivi était-il régulier ?
9 - Comment évaluez-vous votre prise en charge globalement, avantages et inconvénients ?
10 - Si suivi à l'hôpital : vous avez été suivi sur l'hôpital, or il existe une prise en charge en ville. Auriez-vous souhaité ce suivi ?
11 - Si suivi à proximité : votre suivi c'est fait auprès de Mme K, à Revigny. Si ce n'avait pas été possible là, mais que sur l'hôpital, auriez-vous souhaité ce suivi ?
12 - Quelles suggestions pourriez-vous formuler pour améliorer la prise en charge ?
13 - Votre médecin traitant était-il impliqué ? L'implication de votre médecin traitant a-t-elle eu un impact ?
14 - Et ou en est votre consommation de tabac actuellement ? Comment envisagez-vous votre prochain essai de sevrage, si nécessaire ?

2.4. COLLECTE DE L'INFORMATION

Les entretiens avaient lieu au domicile des patients.

Au début de chaque entretien, l'enquêteur se présentait ainsi :

«Bonjour, merci de me recevoir. Actuellement, je suis médecin généraliste remplaçant sur le secteur de Bar-le-Duc. Je réalise ma thèse sur l'aide au sevrage tabagique. Vous avez été suivi par une infirmière addictologue. Il existe différentes modalités de suivi sur ce secteur : soit sur l'hôpital, soit en ville, avec des infirmières ayant travaillées et s'étant formées ensembles. Elles travaillent de la même façon. Le but est donc d'essayer de mettre en évidence ce qui a orienté votre choix ou aurait pu le modifier. Avec votre autorisation je vais me permettre de nous enregistrer afin de pouvoir retranscrire par écrit notre conversation. Bien évidemment, tout se fait de façon anonyme. »

L'accord des patients était recueilli oralement. Les entretiens étaient enregistrés intégralement.

La transcription en verbatim était réalisée à la suite de chaque entretien, avec anonymisation des données. Elle était fidèle à l'enregistrement, mot-à-mot.

L'inclusion de patients s'est interrompue à saturation des données, les entretiens n'apportant pas de concept nouveaux, non déjà abordés (22).

2.5. MÉTHODE D'ANALYSE

Chacun des entretiens est unique, et retranscrit l'opinion propre des patients ayant acceptés de participer à cette étude. Le but de cette analyse est d'identifier les représentations identiques et différentes selon le lieu de suivi, ainsi que les attentes des patients lors de ce type de suivi.

Le processus d'analyse a débuté dès le premier entretien, et s'est poursuivi à chaque nouveau recueil de données.

L'analyse s'est basée sur le verbatim retranscrit et sur l'enregistrement audio des entretiens.

Une analyse thématique a été réalisée à partir de cette base de données. Une première analyse individuelle de chaque entretien a permis d'identifier des thèmes différents selon les deux groupes d'étude.

Les entretiens ont ensuite été analysés une seconde fois avec cette liste de thématiques. Ce qui a permis de l'étoffer.

3. RÉSULTATS

3.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

11 patients ont été interrogés. Les 5 premiers entretiens retranscrits correspondent aux patients ayant bénéficié d'un suivi hors cadre hospitalier, les 6 suivant aux patients ayant bénéficié d'un suivi hospitalier. P1 se réfère au premier entretien.

Le recueil de données parmi la patientèle du cabinet médical de Revigny-sur-Ornain a permis d'établir une liste de 54 patients dont le suivi avait été débuté entre mai 2013 et décembre 2014, et pour lesquels, les coordonnées permettaient de les contacter. De cette liste, 5 patients ont acceptés d'être reçus en entretien, parmi les 7 appels réalisés de façon aléatoire.

Les entretiens se sont interrompus en raison de la saturation des données.

L'échantillon interrogé est détaillé dans le tableau 1.

TABEAU 1 : PATIENTS SUIVIS SUR REVIGNY-SUR-ORNAIN					
	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5
Sexe	Femme	Homme	Homme	Femme	Femme
Âge	55 ans	43 ans	28 ans	78 ans	61 ans
Domicile	Revigny	Revigny	Revigny	Andernay	Vassincourt
Distance / hôpital	18 km	18 km	18 km	20 km	13 km
Activité professionnelle	invalidité - secrétaire médicale	pontier cabine	pontier	retraîtée de la restauration	équivalent retraite
Âge de début du tabagisme	13 ans	13 ans	15 ans	14 ans	15 ans
Entourage familial fumeur au début	oui	non sauf à l'école	oui	oui	oui
Consommation maximale	40 cig. par jour	120 cig. par jour	20 cig. par jour	60 cig. par jour	20 cig. par jour
Co-addictions	non	non	alcool occasionnel	non	essai cannabis
Tentative de sevrage avant	oui	oui	oui	oui	oui
Autoévaluation de la dépendance	forte 9/10	forte 10/10	moyenne 5/10	forte	forte 8/10
Régularité du suivi	oui	oui	oui	non	non
Poursuite du tabac	oui	non	non	oui	oui

Le service d'addictologie a envoyé 60 courriers aux patients ayant débuté leur suivi sur la période d'inclusion. Les patients venant de structures telles que l'EPDAMS ont été exclus cet envoi, ainsi qu'un patient ayant déménagé.

Sur ces 60 patients, 4 courriers sont revenus pour cause de déménagement. 3 patients ont refusé. Il y a eu 12 acceptations initiales. Parmi ces 12 patients, 2 ont secondairement refusé en raison d'une reprise du tabagisme. 6 ont été vus en entretien, jusqu'à saturation des données. L'échantillon interrogé est détaillé dans le tableau 2.

TABLEAU 2 : PATIENTS SUIVIS AU SERVICE D'ADDICTOLOGIE DU CH DE BAR-LE-DUC						
	Patient 6	Patient 7	Patient 8	Patient 9	Patient 10	Patient 11
Sexe	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Homme
Âge	38 ans	63 ans	57 ans	64 ans	34 ans	63 ans
Domicile	Revigny-sur-Ornain	Combles-en-Barrois	Chaumont-sur-Aire	Bar-le-Duc	Brillon-en-Barrois	Revigny-sur-Ornain
Distance / hôpital	18 km	7 km	19 km	0 km	11 km	18 km
Activité professionnelle	oui	retraîtée de l'hôtellerie-restauration	employé de commerce	retraîtée, formatrice IUFM	cuisinier	retraité, ouvrier d'usine
Âge de début du tabagisme	20 ans	14 ans	18 ans	20 ans	14 ans	20 ans
Entourage familial fumeur au début	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Consommation maximale	20 cig. par jour	25 cig. par jour	30 cig. par jour	6 cig. par jour	-	30 cig. par jour
Co-addictions	alcool festif	alcoolisme	non	alcool festif	alcool et cannabis	alcool festif
Tentative de sevrage avant	oui, réduction	non	non	oui	oui, réduction	non
Autoévaluation de la dépendance	moyenne 6/10	forte	forte 9/10	moyenne 4/10	forte	forte
Régularité du suivi	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Poursuite du tabac	non	non	non	non	non	non

3.2. ANALYSE DES RÉSULTATS

Les opinions et représentations des patients interviewés à propos de leur sevrage tabagique sont abordées du point de vu de leur motif et motivation, des avantages communs à ce type de prise en charge, des avantages particuliers entre les deux groupes d'étude, les inconvénients réels et supposés, les suggestions découlant de leur expérience propre. Le dernier chapitre détaille la place du médecin traitant dans le sevrage tabagique et les attentes des patients.

Un chapitre évoque la vision et la place de la cigarette électronique dans le sevrage. Les propos des patients sont cités entre guillemets, en italique. « P1 » signifie que la citation provient de l'entretien mené auprès du premier patient.

3.2.1. Motifs et motivations à débiter un sevrage

À la suite de ces entretiens, les patients ont pu évoquer les motifs qui les ont poussé à envisager pour une première fois un sevrage, ou à refaire une nouvelle tentative de sevrage.

Différents thèmes ont été abordés.

Le premier évoqué a été « *pour la santé* », P6. La découverte d'un problème de santé permet une prise de conscience (« *on m'a détectée un cancer pulmonaire. Il fallait que j'arrête* », P1). La diminution de la qualité de vie (« *j'étais pas bien* », P11 ; « *je suis essoufflé pour un rien* », P5 ; « *de plus en plus essoufflé* », P3) avant que la maladie ne soit diagnostiquée (« *j'ai de la bronchite chronique* », P5 : « *il me dit que je vais finir avec les bouteilles* », P5) a été également un élément déclencheur. Cette peur de la maladie (« *ma saturation était limite. Le pneumologue m'a fait peur.* », P7) sert d'« *électrochoc* », P7, jusqu'à la peur de mourrir et l'envie de « *rester en vie pour eux* », P9 et « *les voir grandir* », P10, en évoquant enfants et petits enfants.

Les patients évoquaient également les « *problèmes financiers* », P2 et que le tabac « *coûte cher* », P5. Le prix ayant pour conséquence de les tourner vers un tabac moins onéreux (« *ça coûtait moins chère, je les roulais* », P7). Même si pour certains le coût n'était pas un problème (« *Le paquet aurait été à 30 euros, ça ne m'aurait pas stoppé* », P6).

Les répercussions du tabagisme ne sont pas que sur la santé et les finances. Il en existe sur le plan esthétique (« *elle fait vieille ma peau* », P5 ; « *l'odeur en plus est vraiment désagréable* », P8) provoquant la naissance d'un dégoût (« *maintenant, ça me dégoûte* », P8)

La diminution du tabagisme dans l'entourage (« *ma fille a arrêté* » P8, « *Mon fils a aussi essayé d'arrêter* », P9) a motivé certains patients à débiter un sevrage.

Certains patients en ont eu l'obligation de devoir arrêter de fumer (« *Il fallait que j'arrête avant l'opération* », P1 ; « *j'ai été hospitalisée. Il ne fallait plus que je fume* », P4). Pour d'autres, l'obligation est mal vu (« *quand vous êtes obligé, mais que vous n'avez pas envie, c'est pas drôle* », P11)

L'insistance d'un professionnel de santé peut également motiver (« *elle a insisté, insisté, et puis finalement on a pris rendez-vous* », P7)

Il y avait aussi le simple sentiment de n'avoir « *plus envie de fumer* », P3, « *plus du tout l'envie* », P11, d'en avoir « *marre* », P5

Le patients ont mis en avant 3 freins au sevrage tabagique :

- la perte de la convivialité (« *la cigarette est conviviale. On voit facilement une personne offrir une cigarette* », P9)
- la prise de poids (« *quand je reprenais du poids, je reprenais la cigarette* », P9)
- la cigarette anti-stress (« *je fumais quand j'étais tracassé* », P11 ; « *dès que j'ai des soucis, je refume de plus* », P5)

Il était intéressant de noter que le recours à un suivi, à une aide extérieure, était considéré comme un manque de volonté propre (« *mon père s'arrêtait comme il voulait* », P5).

3.2.2. Avantages d'un suivi par une infirmière addictologue

Les consultations auprès des infirmières addictologues permettaient d'**améliorer l'évaluation de la dépendance tabagique**. Certains patients avaient eu une première expérience de sevrage avec des patchs instaurés par leur médecin traitant, mais d'un dosage « *beaucoup trop faible* », P2. La mesure du taux de CO pratiquée lors de la première consultation a été

« *impressionnante* », P2. « *C'était concret* », P6, objectivant devant le patient la réalité de leur intoxication.

Ils y trouvaient une « **écoute** nécessaire », P8, avec la « *possibilité de parler* », P1. (« *c'est bien d'être aidé, suivi* », P6 ; « *elle m'a soutenue* », P7) favorisant « *une recherche d'introspection* », P9.

Ces entretiens offraient aux patients des **informations** et « **des conseils, des astuces** », P6 (« *elle explique bien* », P5), afin de juger réellement de leur intoxication (« *les roulées c'était très mauvais, deux fois plus toxique* », P5), de savoir « *si on veut arrêter ou si on veut réduire* », P6, de savoir « *comment gérer les patch et pastilles* », P8. Pour certains, « *avec les patch uniquement, on n'a pas les conseils, le suivi derrière* », P3.

Le recours a des **questionnaires standardisés** identiques « *bien construit, pour noter ce que l'on a ressenti* », P1 participait a cette évaluation. De plus, le suivi était facilité par ces questionnaires répétés au décours des consultations, laissant une trace de chaque entretien.

Chaque nouvel entretien permettait de passer à « *une étape suivante* », P9, de donner des « *petits challenges* », P11. Ce **suivi dans le temps** s'intégrait dans un processus de sevrage qui ne se fait « *pas en une seule fois* », P9.

Les patients ayant adhéré à ces entretiens y trouvaient un moyen de **favoriser et maintenir leur motivation** tout du long (« *j'étais contente de dire que cela faisait une semaine que he n'avais pas touché une cigarette* », P6 ; « *ça permettait de garder une bonne motivation* », P8).

3.2.3. Avantages inhérents à chaque type de suivi

Certains avantages avancés par les patients étaient propres à chaque type de prise en charge.

3.2.3.1. Suivi hors cadre hospitalier

Les patients habitant Revigny-sur-Ornain, ou les environs, appréciaient « **d'être plus proche de chez soi** », P1. Ils y trouvaient un « *avantage que ce soit aussi proche* », P3. Pour certains, en raison de leur âge, la distance était problématique (« *à mon âge, on n'aime pas faire trop de voiture* », P4).

Outre cette proximité géographique, il y avait avec Mme K une impression de **proximité personnelle** du fait de ses liens visibles avec la communauté (« *son mari est le pharmacien. On connaît le nom. C'est pas comme si on était un dossier qui traîne sur un bureau* », P2).

L'**aspect non médical** par un « *petit bureau pas médical, pas comme à l'hôpital* », P2 a été perçu favorablement également.

3.2.3.2. Suivi cadre hospitalier

Quant aux patients suivis sur l'hôpital, parmi les avantages que l'on pouvait retrouver qui leur sont propres, on notait un intérêt lié à la **proximité avec leur lieu de travail** (« *entre midi et deux, les jours de boulot* », P6 ; « *je bosse sur Bar Le Duc* », P10) et **des activités connexes** (« *j'allais en rééducation cardiovasculaire. Je couplais les deux rendez-vous* », P7 ; « *j'en profitais pour aller faire autre chose* », P7).

« *Les horaires étaient libres* », P6, avec un service « *souple* », P9, permettant une plus grande **laxité dans la prise de rendez-vous**. Le temps de présence en consultation de l'infirmière addictologue Mme P était plus important sur l'hôpital que pour Mme K sur Revigny-sur-Ornain.

Grâce à ce temps et l'infrastructure qu'offre l'hôpital, les patients bénéficient avec leur infirmière d'une **meilleure joignabilité** (« *je l'appelais pour lui dire* », P7).

De plus l'hôpital offrait à certain un sentiment de **plus grand anonymat** (« à l'hôpital, je n'ai pas de risque de tomber sur mes voisins », P7), recherchait quand il était question de poly-addiction (« j'ai fréquenté les Centr'aid. Je trouvais ça plus intime », P10).

L'infrastructure hospitalière permettait aussi de « voir la psychologue et faire des séances d'hypnose, en plus de l'infirmière », P10, ou de faire « des séances de relaxation », et ainsi profiter de l'**aide d'autre professionnel de santé**.

3.2.4. Inconvénients

Même si certains « n'en voient pas », P1, il en existe, qu'ils aient été réellement ressentis, ou supposés par les patients ayant opté pour l'autre mode de suivi.

3.2.4.1. Lors d'un suivi de proximité

Parmi les patients à Revigny-sur-Ornain, ceux qui n'ont pas eu de suivi régulier n'ont « **pas adhéré** », P5, parce que « **le discours ne suffit pas** », P5 et ils n'ont pas « du vouloir l'écouter », P4 et cherchaient autres choses (« ça ne me suffit pas qu'elle me parle de mes motivations, de tout ça », P5), « quelque chose de plus radical », P5 pour « arrêter du jour au lendemain », P5.

Les autres patients rapportaient des **restrictions de plages horaire et de disponibilités**, vu qu'elle « ne consulte pas tous les jours », P3. « En étant seules, c'est restreint », P3. Il était parfois difficile pour certain de se libérer pour une telle consultation (« Il fallait que je me cale. Ce n'était pas évident avec une vie de famille, les enfants, le boulot », P3 ; « avec la gamine, il fallait qu'on l'emmène régulièrement à Verdun », P4). Pour un habitant de Revigny suivi en addictologie sur l'hôpital, « ça aurait été plus simple, mais en soirée », P6. Il n'aurait « pas eu le temps entre midi », P6. Un autre patient a opté pour un suivi sur l'hôpital car « les délais étaient trop long », P11 sur Revigny.

Le fait de travailler seule **limite l'accès a d'autres types de professionnel** de santé. (« je n'aurais peut être pas pu voir la psychologue », P10).

Le fait pour certains d'être **éloignés des infrastructures tels que les commerces** les ont encouragés à se rapprocher de l'hôpital « *pour aller faire autre chose sur Bar-le-Duc* », P8.

Le type de dépendance influait également. L'addiction à l'alcool est encore taboue (« *ça ne m'aurait pas dérangée pour le tabac, mais pour l'alcool* », P7). Le risque d'être reconnu et stigmatisé par une connaissance rencontré fortuitement était perçu comme plus important auprès de son lieu d'habitation, d'autant plus quand il s'agissait d'un village.

3.2.4.2. Lors d'un suivi hospitalier

Les patients y ayant effectué leur prise en charge ont rapporté 2 inconvénients :

- **La distance et les difficultés de déplacement** (« *Il y avait des navettes. Je n'ai pas de moyen de transport. Sans ça, je n'aurais pas pu y aller* », P7 ; « *La distance a gêné. Il (Mon fils) habite à Commercy* », P9), bien que n'ayant pas entraîné l'arrêt de leur prise en charge, sauf pour le fils d'une patiente interrogée.
- **Le manque de discrétion et d'intimité** lié aux locaux (« *la salle d'attente était au milieu de tout le monde* », P10 ; « *J'ai fréquenté les CENTR'AID. Je trouvais ça plus intime* », P10 ; « *je trouvais dérangeant de voir arriver les ambulances, des jeunes menottés...* », P11)

Quant aux patients dont le suivi s'est effectué sur Revigny-sur-Ornain, l'hôpital reflétait un **sentiment d'« obligation »**, P2. Il véhiculait également **l'image de la maladie** (« *l'hôpital, c'est pour les malades* », P3), allant jusqu'à un aversion (« *les hôpitaux me sortent toujours un peu par la tête. J'ai toujours un petit recul* », P4). La distance était aussi un élément dérangeant (« *monter à Bar-le-Duc pour un entretien de 15 à 20 minutes* », P3).

3.2.5. Suggestions

Les fumeurs ayant la volonté d'arrêter recherchaient de l'aide par **diverses méthodes de sevrage**. « *On aurait besoin d'être aidé plus d'une autre façon* », P1, de « *favoriser des techniques comme l'acupuncture, l'hypnose* », P6. Certains se proposaient « *d'aller voir un magnétiseur* », P5. La fille d'un patient « *a été voir un magnétiseur* », P8 et a ainsi arrêté. La possibilité « *d'entretiens de groupe* », P6 a été suggéré.

La prise de poids sur une alimentation déséquilibrée nécessiterait un **suivi** « **avec une diététicienne qui conseillerait quoi manger** », P2. Simplement avertir sur le fait de ne pas « *compenser le manque de la cigarette par la nourriture* », P8 ne suffisait pas, puisque les patients « *ne s'en rendaient pas compte* », P8.

Un suivi par un seul professionnel de santé lors des problèmes de poly-addictions. L'infirmière du service d'addiction de l'hôpital étant infirmière tabacologue, P7 a bénéficié d'un suivi auprès d'autres intervenant pour son addiction à l'alcool (« *Je ne voyais l'infirmière que pour le tabac. Si la même personne aurait pu prendre en charge les deux, ça aurait été un gain de temps* », P7). Mme K suivait tous types d'addictions.

La discrétion des patients qui ont été dérangé par la salle d'attente « *au milieu de tout le monde* », P10 ou « *les gens qui fument à proximité* », P11 a eu peu d'impact sur les fumeurs suivi à l'hôpital. Toute fois certains en ont été gêné. Mais cela aurait été problématique chez les patients ayant des dépendances encore taboues dans notre société (« *ça ne m'aurait pas dérangé pour le tabac, mais pour l'alcool* », P7)

L'offre de soins de ce type sur le territoire, « *dans la ruralité* », P9 était perçu comme **trop restreinte** (« *que les services se multiplient* », P9 ; « *c'est la ruralité qui gêne dans notre département* », P9)

Il y avait un **manque d'information** parmi la population, et notamment les fumeurs, de l'existence de ce type de service, que ce soit sur l'hôpital ou dans les maisons et pôles de santé. Ils étaient « *pas très informés de l'existence même du service d'addictologie* », P9. Il y avait un « *manque de communication* », P11.

3.2.6. La cigarette électronique

Lors des premiers entretiens, un questionnement sur la cigarette électronique dans le processus de sevrage a été abordé.

La plupart des patients se posaient des questions à son sujet, notamment sur son innocuité (« *on entend dire que c'est pire que le vrai tabac* », P1 ; « *je me demande si c'est vraiment efficace* », P7), allant jusqu'à parfois la trouver plus toxique (« *mon mari toussait encore plus* », P5).

Certains patients l'ont envisagé comme « *une bonne transition pour arrêter* », P6. Pour d'autres, ce n'est pas un moyen de se sevrer (« *c'est pas une aide pour se sevrer du geste* », P10 ; « *ce n'est pas pour moi. Je voulais arrêter de fumer* », P9), mais plus « *un accessoire* », P10, « *beaucoup moins cher* », P6.

Cela, a donné, à l'inverse, plutôt l'idée d'un risque d'augmentation de la consommation (« *ils fument plus avec ça* », P3 ; « *elles l'ont toujours au bec* », P4 ; « *ils sont toujours avec à tirer dessus* », P8), en particulier dans les populations jeunes (« *je vois des gamins qui se trimballe avec ça* », P10).

3.2.7. La place du médecin traitant

Les patients ayant été suivi sur Revigny-sur-Ornain ont été orientés par leur médecin auprès de l'infirmière addictologue, sauf P2, soit à leur demande (« *je lui ai dit que je voulais arrêter de fumer* », P3), soit à celle de leur médecin (« *c'est lui qui m'a dit de voir l'infirmière* », P1)

Le problème du tabac pour certains n'était pas suffisamment abordé (« *on ne parle jamais de tabac* », P8 : « *avant que j'aie le voir, il ne m'en avait pas parlé* », P10), principalement dans le groupe suivi sur l'hôpital. Le manque d'implication du médecin (« *elle ne répondait pas à mes questions* », P7) a conduit certains patients à « *changer de médecin traitant* », P7 et P11.

Le temps de la consultation de médecine générale n'était pas dédié qu'au sevrage tabagique. Le conseil d'arrêt avait lieu au cours d'une consultation pour un autre problème de santé (« *J'avais été voir le médecin. Il m'avait dit : « il faut complètement*

arrêter de fumer. » »,P4). Les patients eux même n'envisageaient pas de prendre un rendez-vous spécifique pour cela (« *j'ai jamais pensé au fait que je pouvais aller le voir pour parler de ça* », P2 ; « *je n'étais jamais venu pour ça* », P6 ; « *j'avoue que je ne suis jamais allé voir le médecin juste pour arrêter de fumer* », P9).

La durée de la consultation influait également sur le choix du médecin traitant (« *mon nouveau médecin prend plus son temps. C'était plus proche des 5 minutes (évoquant son précédent médecin)* », P11)

Or, il n'étaient pas exclu pour les patients qu'ils auraient envisagé un sevrage plus précoce si leur médecin avait abordé la question plus tôt (« *j'aurais probablement arrêté plus tôt* », P9 ; « *si mon médecin m'en avait parlé, je me serais posé la question plus tôt* », P11). « *Les médecins devraient systématiquement proposer de participer à au moins une séance de tabacologie* », P6.

Dans le cadre du suivi de sevrage, le rôle de prescripteur de médicaments ne suffisait pas aux patients (« *je ne vais plus voir le médecin. Ils ne savent que prescrire des patchs et des trucs comme ça* », P9 ; « *elle m'a redonnée mon traitement pour l'alcool et demandée de faire une radio des poumons. C'est tout !* », P7).

Aborder la question « *à chaque fois, pour le renouvellement de traitements* », P1 ou même en accompagnant « *les gamins* », P10 permettait de « *motiver à poursuivre* », P10, « *à continuer* », P1.

Le médecin avait également un rôle paternaliste et moralisateur (« *il me fait un peu la morale* », P1 ; « *je me sens un peu coupable* », P4 ; « *il me rouspète à chaque fois* », P5) quand le tabagisme était poursuivi.

Lorsque le sevrage était effectif, continuer à se soucier du tabagisme était encourageant et motivant à poursuivre (« *il était content de voir que je tenais bon* », P7 ; « *il me demande où j'en suis. Ça motive à poursuivre* », P10).

3.3. SYNTHÈSE DES DÉTERMINANTS DE CHOIX

DÉTERMINANTS CLÉS DE CHOIX DES PATIENTS			
Motif au sevrage		<ul style="list-style-type: none"> • Santé <ul style="list-style-type: none"> Peur de la maladie Qualité de vie Protection de l'entourage jeune Esthétique • Problèmes financiers • Mimétisme avec l'entourage • Insistance des professionnels de santé • Perte de l'envie de fumer 	
Frein à la motivation		<ul style="list-style-type: none"> • Perte de la convivialité • Prise de poids • Action anti-stress de la cigarette 	
AVANTAGES	Communs au suivi par une infirmière tabacologue	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure évaluation de la situation grâce aux questionnaires standardisés • Écoute et introspection • Informations et conseils • Suivi dans le temps • Entretien de la motivation 	
	Dépendant du lieu de suivi	HORS MILIEU HOSPITALIER	EN MILIEU HOSPITALIER
		<ul style="list-style-type: none"> • Proximité du lieu • Aspect non médical • Impression d'une prise en charge moins anonymisée • Implication du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> • Proximité des infrastructures qu'offre la ville • Larges plages horaires • Joignabilité • Anonymat • Recours à d'autres professionnels de santé
INCONVÉNIENTS	Communs	Pas d'adhésion systématique la prise en charge	
	Dépendant du lieu de suivi	HORS MILIEU HOSPITALIER	EN MILIEU HOSPITALIER
		<ul style="list-style-type: none"> • Restriction des plages horaires • Manque de disponibilité dans la semaine • Absence de recours à d'autres professionnels • Distant des infrastructures de la ville • Manque d'anonymat, notamment lors des suivis de polyaddictions plus tabou (alcool) 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés de déplacement • Manque de discrétion des locaux • Absence d'implication du médecin traitant • Image de l'hôpital associée à la maladie

4. DISCUSSION

4.1. DIVERS BIAIS MÉTHODOLOGIQUE

4.1.1. Biais interne

Lorsque les patients ont été contactés par téléphone, dans le groupe vu sur Revigny-sur-Ornain, certains n'ont pas souhaité participer à l'enquête (biais de recrutement). Les motifs avancés étaient : un échec au sevrage avec reprise d'un tabagisme après l'arrêt du suivi, le manque de disponibilité pour se prêter à l'enquête, l'absence de suivi avec une seule consultation.

L'enquêteur étant médecin remplaçant dans le cabinet médical où une partie des patients ont été recrutés, cela a pu indirectement inciter certains dans leur décision de participer ou non.

Le recrutement des patients vus sur le centre hospitalier s'est fait avec une première sélection par courrier. Le but de l'étude n'a pas pu être explicité afin d'obtenir de plus grandes réponses. Il y a eu également de nombreuses absences de réponses : aucun retour de courrier. Lors du second contact par téléphone, un couple a finalement refusé en raison d'une rechute.

Les patients suivis sur l'hôpital, ayant acceptés de participer ont tous eu un suivi régulier avec sevrage réussi, ou tout du moins une réduction du tabagisme. Les patients n'ayant pas adhéré à ce type de prise en charge n'ont pas été représentés dans ce groupe d'étude. Cela donne une idée faussée d'une meilleure efficacité d'un suivi hospitalier (biais de représentativité).

4.1.2. Biais d'investigation

Lors des entretiens, la manière dont a été mené l'interrogatoire a pu influencer les réponses du patient.

L'appartenance à une profession médicale de l'enquêteur a pu provoquer une réticence de l'enquêté à critiquer négativement sa prise en charge, malgré le rappel de l'anonymat, conduisant à une restriction des thèmes abordés. La saturation des données s'est faite rapidement.

4.1.3. Biais d'interprétation

L'analyse a été effectuée par un seul enquêteur. Il n'y a donc pas eu de triangulation de l'analyse, ce qui aurait renforcé la validité des résultats.

4.2. LA CONSULTATION DE TABACOLOGIE

4.2.1. Sa place dans le sevrage

Cette prise en charge avec recours à une infirmière tabacologue a démontré son intérêt et son efficacité dans le sevrage de patients fumeurs (6). Elle permet de pallier aux manques de formation et d'intérêt des médecins pour le sujet. La demande est supérieure à l'offre. « Ceci justifie de renforcer les consultations de tabacologie mais également de rendre tous les professionnels de santé compétents en terme d'aide à l'arrêt du tabac » (23)

La prise en charge est ainsi plus standardisée sur les recommandations de l'HAS et des sociétés savantes, permettant une meilleure évaluation de la dépendance.

Le suivi est assuré par un professionnel formé spécialement dans le domaine, à l'écoute du patient en prenant le temps nécessaire. Ce temps qui n'est pas toujours pris au cours d'une consultation de médecine générale.

Le patient a ainsi la possibilité de parler, d'aller jusqu'à une introspection, mais aussi de profiter des informations nécessaires pour juger personnellement de ses besoins et attentes, de profiter des conseils aptes à optimiser son sevrage et favoriser sa motivation.

Toutefois, il faut identifier en amont les patients nécessitant ce type de prise en charge, susciter leur motivation à débiter un sevrage avant que les effets néfastes du tabac ne soient visibles. Pour cela, des mesures simples et concrètes comme celle du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré peuvent facilement être réalisés en consultation. « Le résultat du taux de CO et son interprétation, associé au conseil minimal, délivré aux fumeurs lors de la consultation de médecine générale, n'améliore pas la prise en charge immédiate du patient tabagique mais la sensibilisation des patients fumeurs à ce résultat est évidente et laisse présager d'une meilleure adhésion au sevrage » (24)

4.2.2. Une communication à renforcer

Il existe un manque de communication entre les différents acteurs. Entre le patient et le médecin. Les fumeurs ayant le désir d'arrêter leur intoxication n'ont pas tous le réflexe de se tourner vers leur médecin traitant pour obtenir conseils et aides. Si ce dernier n'avait, par le passé, jamais montré aucun intérêt à cet aspect de sa santé, ce réflexe est encore moindre. Or nombre de patients méconnaissent leur intoxication réelle et envisageraient un arrêt, ou du moins une réduction, s'ils en prenaient conscience. Ces résultats semblent discordants par rapport au barème santé médecins généralistes où deux tiers des médecins déclaraient aborder au moins une fois la question de la consommation tabagique avec chaque patient (25).

Entre le médecin et les structures d'addictologie. Les médecins du pôle de santé de Revigny-sur-Ornain sont en lien direct avec un référent, Mme K, à qui adresser facilement leur patient. De plus, chaque consultation est sanctionnée par une note dans le dossier médical informatisé du patient. Cette note retrace le parcours tabagique du patient. Chaque rendez-vous non honoré est également signalé, permettant de relancer le patient.

Quant aux autres médecins sur le secteur de Bar-le-Duc, le lien avec le service d'addictologie se fera par voie épistolaire lors de l'inclusion du patient dans le suivi. Ce courrier, s'il est reçu, il sera à la charge du médecin de le renseigner dans le dossier médical de son patient. Le recours à un dossier médical informatisé dans les services de tabacologie était une demande de nombreux de ces centres en 2001 (26). Le partage des données serait facilité par un tel outil.

Il serait intéressant également de voir le taux d'adressage dans le service d'addictologie par le médecin traitant, reflétant leur connaissance de cette aide.

Entre le service d'addictologie et la population. Comme pour tout service hospitalier, peu de publicité est faite sur son existence. Il est difficile de bénéficier d'un service que l'on ignore. Le service hospitalier de Bar-le-Duc avait organisé une campagne d'affichage publicitaire dans les salles d'attentes de médecin pour informer de l'existence de groupe de travail sur le tabac. Ce type de publicité ne cible qu'une partie de la population, principalement malade, fréquentant les cabinets médicaux.

4.2.3. La nécessité de prendre du temps

La consultation de médecine générale a le plus souvent lieu pour d'autres motifs. Le sevrage tabagique est généralement abordé secondairement, une fois l'apparition de problèmes de santé, signant un retard à la prise en charge.

Les recommandations de l'HAS, avec le conseil d'arrêt sont loin d'être respectées par tous les médecins, lors de chaque consultation, probablement en raison du temps limité d'une consultation.

De plus, que faire avec ce patient désireux d'arrêter de fumer ? Les patches et pastilles, le TNS, est le traitement de première intention, facilement prescriptible, même si partiellement pris en charge financièrement. « Le coût des substituts nicotiques, la durée du traitement (...) sont très certainement des freins importants au sevrage, en particulier pour les populations en situation de précarité » (27). Leur simple prescription ne suffit pas. Il faut aussi en assurer le suivi, revoir la posologie. Les patients recherchent en plus soutien et conseils.

4.2.4. Un début de tabagisme précoce

La majorité des patients avait débuté précocement leur histoire tabagique. « Plus l'âge auquel cette première cigarette est fumée est bas, plus le risque de fumer plus de 10 cigarettes par jour dans les années à venir est élevé. » (28). En 2011, 31,5% des adolescents de 17 ans fumaient quotidiennement. (28)

Le rôle de l'entourage a déjà été démontré, notamment l'impact du tabagisme des pairs et des parents (Melchior, Chastang, Mackinnon, Galéra, & Fombonne, 2010). (29)

Il paraît important dans cette démarche de prévention de se soucier des jeunes. Outre la diminution du tabagisme parental qui permettrait de ralentir l'incidence de nouveau jeune fumeur par mimétisme, une prise en charge précoce chez les jeunes eux-mêmes diminuerait le risque de chronicisation du tabagisme.

Cette étude n'explore pas le ressenti de ce groupe vis à vis d'une telle prise en charge. D'ailleurs, parmi les patients suivis sur Revigny sur la période d'étude, il n'y avait qu'un seul mineur suivi pour tabagisme en même temps que sont

père. Parmi les patients suivis sur l'hôpital, nous n'avions pas eu accès à la liste complète en raison du mode de recrutement, nous permettant de définir le nombre de jeunes suivis.

Quant à la mise en pratique, on peut envisager que la proximité de son lieu d'habitation, les moyens de transport étant plus limités dans ce secteur rural, soit un élément favorisant, sous réserve de comptabilité des plages horaires disponibles avec l'emploi du temps d'adolescent.

4.2.5. Les points à améliorer

Des patients ont consulté une seule fois en tabacologie sans donner suite. D'autres ont continué leur suivi. Chacun a ressenti une motivation initiale, principalement la maladie ou la peur de la maladie.

Le seul facteur rédhibitoire à ces prises en charge a été la non-adhésion du patient.

Cette adhésion, primordiale, peut être facilitée par différents éléments, mais n'est jamais conditionnée par un seul. Il est difficile à partir de ces entretiens d'établir un modèle de suivi type convenant à tous le monde, parce qu'aucun n'existe tant la différence de profils de patients est grande.

Bénéficier d'autres prises en charges, telles que hypnose et relaxation disponibles sur l'hôpital en raison de la collaboration avec d'autres professionnels sur un même site est intéressant. Sur Revigny-sur-Ornain, du fait de l'organisation actuelle, l'infirmière exerce seule en ayant recours aux techniques auxquelles elle s'est formée. Même si l'efficacité de l'hypnose n'est pas totalement démontrée (30), les patients plébiscitent parfois des méthodes parallèles, comme l'acupuncture également. Certains envisagent même le recours à des techniques encore plus controversées, tel le magnétisme avec la volonté d'un sevrage rapide, sans effort. Il est nécessaire de lutter contre ces attentes fantasmées qui sont irréalisables.

Le suivi diététique s'inscrit dans la même lignée. La prise de poids au moment du sevrage est un frein à la poursuite, voir à l'initiation. Bien qu'une prise de poids, en moyenne entre 2 et 4 kg (dans 10 % des cas, supérieure à 10 kg), soit constatée chez la plupart des sujets à l'arrêt du tabac, environ 1/3 n'en prennent pas (31).

Une diététicienne tabacologue est d'un apport indiscutable. Présente sur l'hôpital, ainsi que sur le pôle de santé de Revigny-sur-Ornain, il serait envisageable de réaliser des consultations conjointes.

Les patients mettaient en avant la nécessité d'un anonymat et d'une discrétion. Le secret médical est la pour l'assurer en partie, mais de part les locaux, la salle d'attente... il existe une perte de discrétion. Sur l'hôpital, les patients regrettaient l'emplacement des locaux totalement exposés aux entrées et sorties, ainsi que proches des emplacements où le personnel fumait pendant leur pause. Sur Revigny, c'était le risque de rencontrer une personne connue. Bien que le tabac n'a pas une représentation dévalorisé dans la société, il existe un tabou sur la prise en charge en addictologie en général. Les patients suivis se sentent jugés dans une consommation excessive, avec une perte de contrôle, l'absence d'une volonté personnelle forte et la nécessité de recourir à une aide extérieure. Des efforts doivent être menés pour déculpabiliser le suivi en addictologie.

La joignabilité de l'infirmière est sollicitée. Elle est plus facile sur l'hôpital en raison d'un secrétariat dédié au service d'addictologie et de la présence de Mme P. plusieurs jours par semaine sur l'hôpital. Mme K. partage sont temps sur différents sites du Sud Meusien. Le secrétariat de la maison médicale de Revigny assure la prise de rendez-vous mais n'a pas la possibilité de transférer des appels de patients.

4.2.6. Des arguments non totalement discriminant

La distance vis à vis du domicile n'est pas un critère majeur orientant vers un suivi non-hospitalier sur le secteur de cette étude. Parmi les patients interrogés suivi sur l'hôpital, deux habitaient Revigny, soit à 18 km (environ 15 minutes en voiture). L'un avait opté pour l'hôpital en raison de son travail et de la non connaissance d'un suivi non hospitalier de proximité, l'autre à cause de délais de rendez-vous trop long. La distance ne semblent pas totalement discriminante dans le choix. L'hôpital se situe à Bar Le Duc qui est une plus grande commune que Revigny, avec plus de commerce et de lieux de vie, proche parfois du lieu de travail. Toutefois, en s'éloignant d'avantage de l'hôpital, ce critère deviendrait peut être plus marquant.

L'hôpital possède une image en lien avec la maladie et la mort qui pour certains est un frein inébranlable à une première consultation. La possibilité d'une prise en charge non-hospitalière s'avère bénéfique dans ce cas. Mais l'hôpital possède pour d'autres une image structurante et encadrante recherchée par eux.

5. IMPACT PERSONNEL

À titre personnel, ce travail m'a permis de remettre à jour mes connaissances sur les recommandations du sevrage tabagique. Au contact de ces patients, en abordant initialement que la problématique de leur suivi, j'ai pu percevoir que l'addiction au tabac est, à l'instar des autres addictions, complexe et difficile à traiter. Chaque patient à son parcours. Le lien qu'ils ont avec cette substance s'ancre souvent dans les premières années où leur personnalité se construit. Ils intègrent la cigarette à leur mode de vie. Son aspect social et convivial rend plus difficile le sevrage. La simple substitution ne suffit pas, tant que la volonté propre d'arrêter n'est pas présente. Même avec cela, il faut prendre du temps. Malheureusement, sa dangerosité est souvent perçue tardivement, quand les ennuies de santé débutent.

La nécessité d'aborder la question avec chaque patient, le plus souvent possible, dès l'adolescence a été la première leçon que j'ai tirée, en laissant aux patients le temps de s'exprimer.

J'en suis probablement ressorti avec plus de patience et de souplesse. Un sevrage peut prendre du temps, être parsemé de hauts et de bas, voir impossible à un moment donné. Dans ce dernier cas, une réduction doit être encouragée. Un « échec » n'est pas une fatalité. Mon jugement auparavant était probablement un peu dur en la matière, au risque de rompre ce lien de confiance que chaque médecin tente de créer avec son patient.

6. CONCLUSION

Le tabagisme est une intoxication dangereuse pour la santé, reconnu par les pouvoirs publics, dont la lutte contre est inscrite dans les textes de loi.

La prise en charge des patients fumeurs nécessite l'implication des médecins traitant, tout comme les recommandations le mentionnent. Mais dans les faits et la pratique, seul les deux tiers des médecins assument en partie ce rôle.

Pour leur venir en aide, des services hospitalier de tabacologie existent et offrent une aide au sevrage, sans exclure le médecin du processus, si ce dernier prend la part qui lui revient. Mais ces services hospitaliers ne couvrent pas suffisamment le territoire, notamment rural comme en Meuse. Des consultations d'addictologie, grâce au CSAPA, se mettent en place dans la ruralité. Ainsi, une « publicité » auprès des médecins se fait. Ils deviennent principaux initiateur de la prise en charge. Il semble que les médecins bénéficiant directement d'une infirmière addictologue soient plus enclin à orienté leur patients fumeur vers ce suivi.

Les patients peuvent ainsi bénéficier de soins adaptés proches de leurs attentes.

Leurs attentes étant différentes, les deux systèmes cohabitent très bien ensemble. Les deux endroits de suivi dans cette étude sont peu éloignés l'un de l'autre. Le critère géographique n'était donc pas primordial dans le choix. Toute fois, il est envisageable que plus on s'éloignerait des structures fixes telles que l'hôpital, plus la distance jouerait un rôle défavorable.

Ils offrent des avantages et des inconvénients propres que chacun repérera ou envisagera afin de faire son choix.

L'avantage est que plus l'offre sera présente sur le territoire et plus la communication autour de son existence sera renforcée, plus on a de chance de voir des patients avec la volonté de se sevrer, et ainsi améliorer leur qualité de vie et diminuer le risque de pathologies favorisées par le tabac.

Les conséquences du tabagisme, actif et passif, doivent être explicitées aux patients. Cet acte de prévention pourrait être renforcé par une mesure du taux de monoxyde de carbone, mesure concrète de l'intoxication, rapporté à une échelle visuelle, au décours d'une consultation de médecine générale, tout comme on peut mesurer la tension artérielle et la saturation.

L'incidence de nouveaux fumeurs pourrait ainsi peut être diminuer. Les gens commencent par mimétisme avec leur entourage familial principalement.

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de mise sur le marché
ARS : Agence Régional de la Santé
BAI : Beck Anxiety Inventory
BDI : Beck Depression Inventory
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CAST : Cannabis Abuse Screening Test
CCLAT : Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
EM : Entretien Motivationnel
EPDAMS : Établissement Public Départemental d'Accompagnement Médico Social
ETP : Équivalent Temps Plein
FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation
HAD : Hospital Anxiety-Depression
HAS : Haute Autorité de Santé
IC : Intervalle de Confiance
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IDEAL : Intention Décision Élaboration Action Liberté
IMAO : Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OR : Odds Ratio
PSAP : Pôle de Santé Ambulatoire Pluridisciplinaire
TNS : Traitement Nicotinique de Substitution

Bibliographie

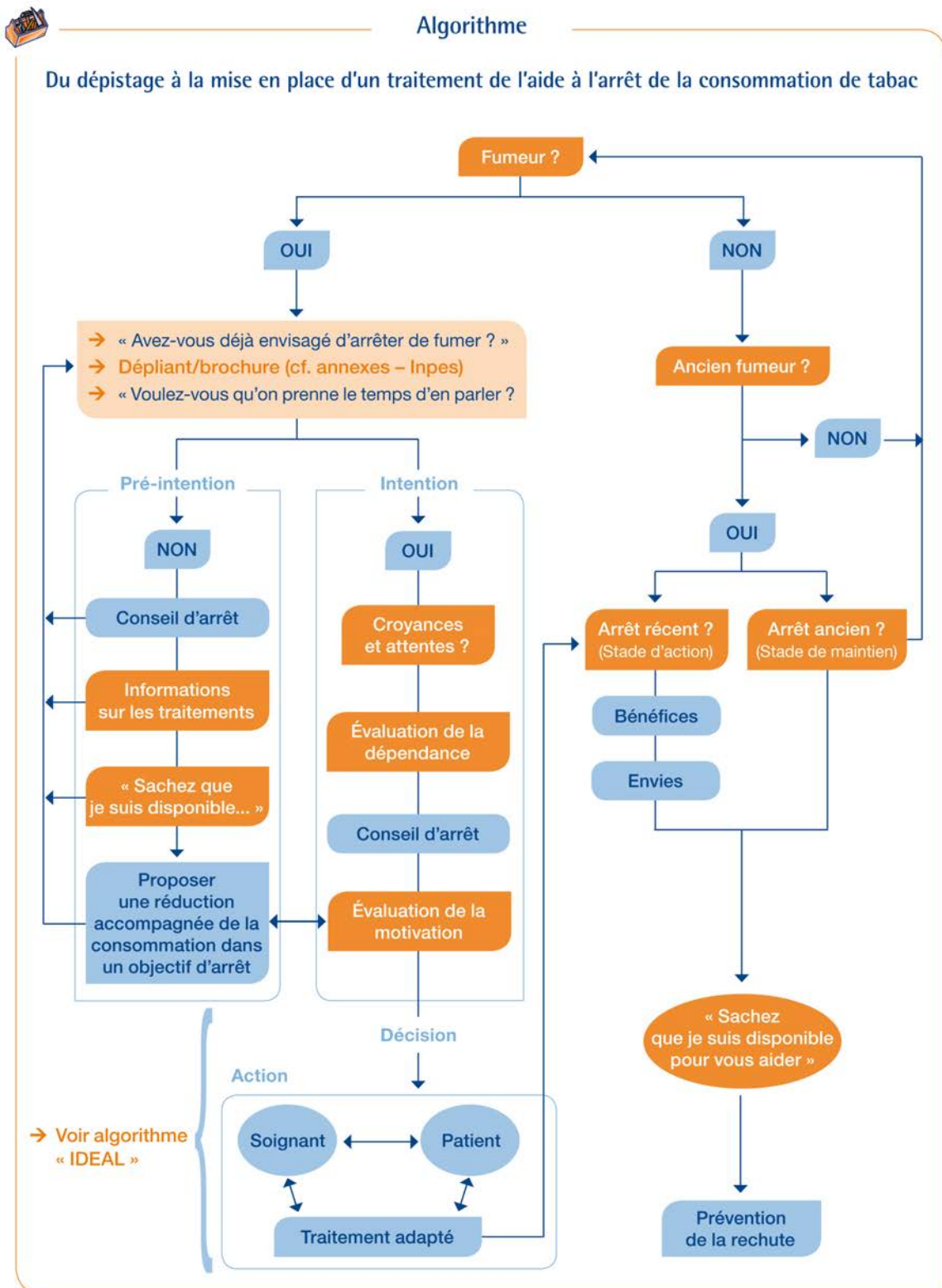
1. Gautier A, others. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. Inpes; 2011 [cité 30 nov 2015]. Disponible sur : <http://www.inpes.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
2. Inpes - Actualités 2015 - Le tabac en France : nouvelles données du Baromètre santé Inpes 2014 [Internet]. [cité 30 nov 2015]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/013-tabac-donnees-barometre-2014.asp>
3. Guignard R, BECK F, Richard JB, LERMENIER A, WILQUIN J, NGUYENTHANH V. La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes. *Évolutions*. janv 2015 ; (31).
4. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 17 oct 2012 [cité 30 nov 2015];(10). Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008286.pub2/abstract>
5. Ebbert JO, Elrashidi MY, Stead LF. Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 26 oct 2015 [cité 30 nov 2015];(10). Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004306.pub5/epdf/standard>
6. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 12 août 2013 [cité 30 nov 2015];8. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001188.pub4/abstract>
7. Mottillo S, Filion KB, Bélisle P, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *European Heart Journal*. 1 mars 2009;30(6):718-30.
8. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Health Education Authority. Thorax*. déc 1998;53 Suppl 5 Pt 1:S1-19.
9. Feenstra TL, Hamberg-van Reenen HH, Hoogenveen RT, Rutten-van Mólken MPMH. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value Health*. juin 2005;8(3):178-90.
10. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. *Addiction*. janv 1999;94(1):125-32.
11. Arfaoui S, Dewost AV, Demortière G, Abesdris J, Abramovici F, Michaud P. Repérage précoces du risque alcool : savoir faire «FACE». *Rev prat (Med gen)* 2004 ; 641 : 201-205

12. Prochaska, JO, DiClemente, CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin ; 1984
13. Prochaska, JO, DiClemente, CC, Norcross GC. In search of How People Change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* ; 1992, 1102-1114
14. SLAMA K, KARSENTY S, HIRSCH A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners With their smoking patient: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control* 1995, 4: 162-169
15. Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2002;
16. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11.
17. Thomas KH, Martin KM, Knipe DW, Higgins JPT, Gunnell D. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline : systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 12 mars 2015;350:h1109
18. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et résultats.* 2006;481:1-8.
19. Insee. Insee - Chiffres clés : Département de La Meuse (55) [Internet]. Insitut national de la statistique et des études économiques. [cité 30 nov 2015]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=dep-55#resume>
20. Insee. Insee - Chiffres clés : Département de Meurthe-et-Moselle (54) [Internet]. Insitut national de la statistique et des études économiques. [cité 30 nov 2015]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=dep-54>
21. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'économie et des finances. Circulaire interministérielle DGCS/5C/DGS/MC2/DSS/1A/DGOS/R4 n°2012-395 du 22 novembre 2012 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2012 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) et Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ainsi que de l'expérimentation des maisons d'accompagnement en soins palliatifs [Internet]. 2012. Disponible sur : http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=71129
22. Frappé P. Initiation à la recherche. *La revue du praticien*; 2011.
23. Dautzenberg B, Brücker G, Borgne A. Évolution de l'activité des consultation non-hospitalières de tabacologie entre 2000 et 2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire.* 2001;(22-23).
24. Sejourne C, Parot-Schinckel E, Rouquette A, Pare F, Delcroix M, Fanello S. Évaluation de l'impact de la mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré. Étude randomisée effectuée auprès de 578 fumeurs consultant en médecine générale. *Revue des Maladies Respiratoires.* mars 2010;27(3):213-8.

25. Inpes - Actualités 2015 - Le tabac en France : nouvelles données du Baromètre santé Inpes 2014 [Internet]. [cité 30 nov 2015]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/013-tabac-donnees-barometre-2014.asp>
26. Jeanfrancois M, Fernandes E, Dautzenberg B. Évolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2001;(22-23).
27. Kuntz C, Spyckerelle Y, Giordanella JP, Baudier F. Evaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique proposée à des populations en situation de précarité dans les centres d'exams de santé. *BEH*; 2001.
28. Dubus J-C, Stheneur C, Bresson V. Chapitre 10 : Tabagisme. In: *Addictions chez l'enfant et l'adolescent*. Doin; 2014.
29. Melchior M, Chastang J-F, Mackinnon D, Galéra C, Fombonne E. The intergenerational transmission of tobacco smoking—The role of parents' long-term smoking trajectories. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 mars 2010;107(2-3):257-60.
30. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 6 oct 2010 [cité 30 nov 2015];10. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001008.pub2/abstract>
31. Perriot J. Cas pratiques : sevrage tabagique et prise de poids ; 8es journées MAT 'AB - IRAT : Lyon, 10 mars. 2005.

Annexe 1

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



Annexe 2

Test de Fagerström



Test de Fagerström simplifié en 6 questions

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

Interprétation selon les auteurs :

- Entre 0 et 2 : pas de dépendance
- Entre 3 et 4 : dépendance faible
- Entre 5 et 6 : dépendance moyenne
- Entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012

Annexe 3

Questionnaire Anxiété-Dépression (HAD)

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Annexe 4

Inventaire d'Anxiété de Beck

	Au cours des derniers jours, j'ai été affecté par ...	Pas du tout	Un peu. ça ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément. C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	Sensation d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2.	Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3.	« Jambes molles », tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4.	Incapacité à se détendre	0	1	2	3
5.	Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6.	Etourdissements ou vertiges, désorientation	0	1	2	3
7.	Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8.	Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9.	Je suis terrifié(e)	0	1	2	3
10.	Nervosité	0	1	2	3
11.	Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12.	Tremblements des mains	0	1	2	3
13.	Tremblements, je suis chancelant(e)	0	1	2	3
14.	Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15.	Respiration difficile	0	1	2	3
16.	Peur de mourir	0	1	2	3
17.	Sensation de peur, j'ai la frousse	0	1	2	3
18.	Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19.	Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20.	Rougisement du visage	0	1	2	3
21.	Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Annexe 5

Questionnaire Anxiété-Dépression (HAD)

1	0	Je ne me sens pas triste
	1	Je me sens triste
	2	Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir
2	0	Je ne me sens pas particulièrement découragé (e) en pensant à l'avenir
	1	Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir
	2	Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir
3	0	Je n'ai pas l'impression d'être un (e) raté (e)
	1	Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens
	2	Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs
4	0	Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois
	1	Je ne jouis pas de la vie comme autrefois
	2	Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie
5	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable
	1	Je me sens coupable une grande partie du temps.
	2	Je me sens vraiment coupable la plupart du temps
6	0	Je n'ai pas l'impression d'être puni (e)
	1	J'ai l'impression d'être parfois puni (e)
	2	Je m'attends à être puni (e)
7	0	Je ne me sens pas déçu (e) de moi-même
	1	Je suis déçu (e) de moi-même
	2	Je suis dégoûté (e) de moi-même
8	0	Je ne crois pas être pire que les autres
	1	Je critique mes propres faiblesses
	2	Je me blâme constamment de mes défauts
9	0	Je ne pense jamais à me tuer
	1	Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais
	2	J'aimerais me tuer
10	0	Je ne pleure pas plus que d'habitude
	1	Je pleure plus qu'autrefois
	2	Je pleure constamment
11	0	Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois
	1	Je suis légèrement plus irritable que d'habitude
	2	Je me sens agacé (e) et irrité (e) une bonne partie du temps
12	0	Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres
	1	Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois
	2	J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres
13	0	Je prends mes décisions exactement comme autrefois
	1	Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois

Les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer :

- 0-4 : pas de dépression ;
- 4-7 : dépression légère ;
- 8-15 : dépression modérée ;
- 16 et plus : dépression sévère.

Annexe 6

Questionnaire FACE

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

Le Questionnaire FACE issu du programme Boire moins c'est mieux

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

	Score
1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	
Jamais <input type="checkbox"/> 0 une fois par mois <input type="checkbox"/> ou moins 1 2 à 4 fois <input type="checkbox"/> par mois 2 2 à 3 fois <input type="checkbox"/> par semaine 3 4 fois ou plus <input type="checkbox"/> par semaine 4	
2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	
Un ou deux <input type="checkbox"/> 0 trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1 cinq ou six <input type="checkbox"/> 2 sept à neuf <input type="checkbox"/> 3 dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	
Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	
Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	
Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
TOTAL	

Interprétation :

- Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;
- Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5.
- Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

Annexe 7

Audit-C

Tableau 1.III. Test AUDIT –C.

<p>1) Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool (par mois , par semaine) ? Jamais, une fois/m, 2 à 3 fois/m, 2 à 3 fois/sem , 4 fois ou +/sem</p> <p>2) Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? 1 ou 2 ; 3 ou 4 ; 5 ou 6 ; 7 à 9 ; 10 ou plus</p> <p>3) Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou davantage au cours d'une même occasion ? Jamais, moins d'une fois/m, une fois/m, une fois/sem, chaque jour ou presque</p>
<p>Cotation : 0 à 4 Risque de consommation excessive d'alcool > 4 chez l'homme, > 3 chez la femme</p>

Annexe 8

Questionnaire CAST

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

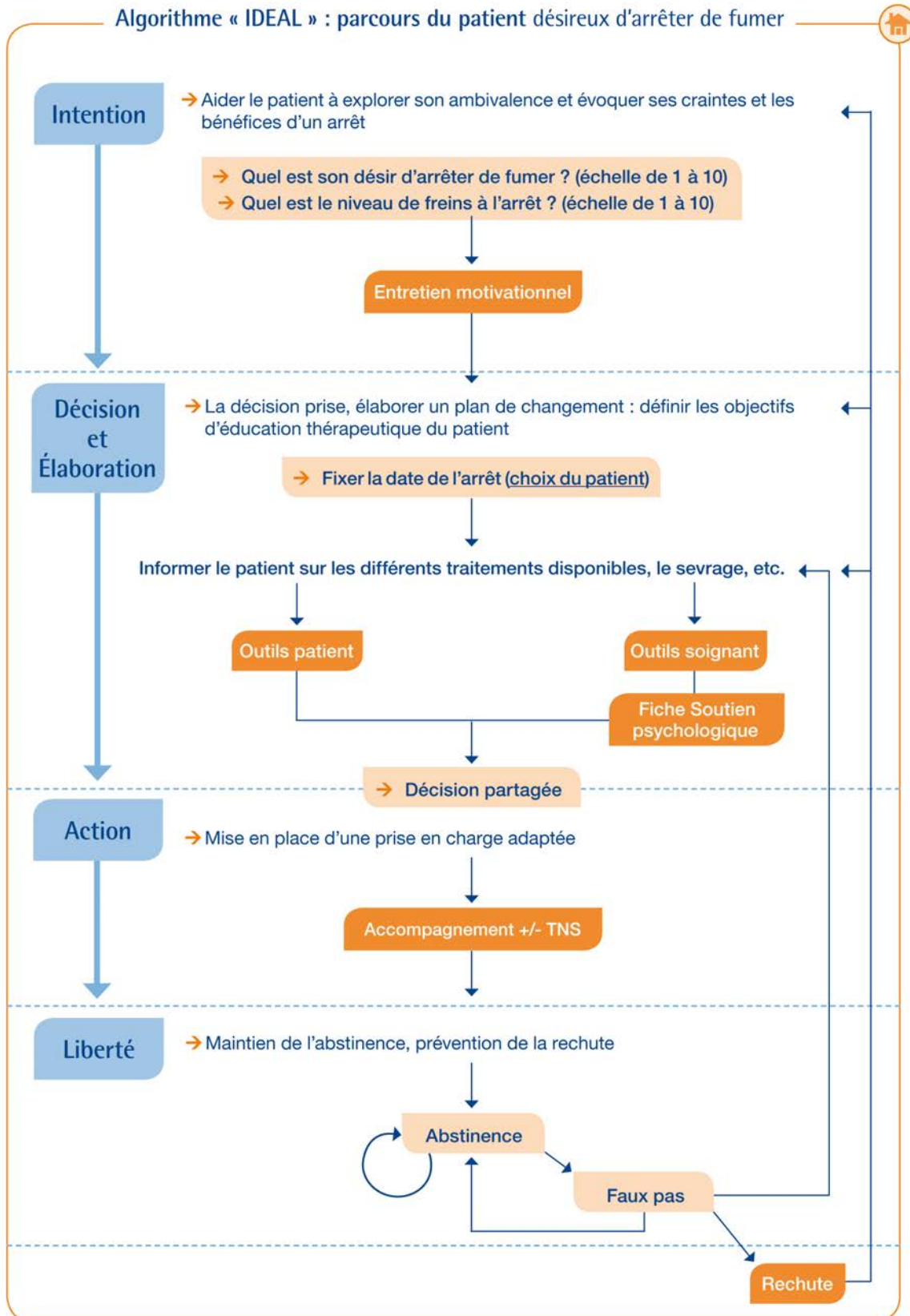
Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation.

Trois réponses positives ou plus devraient amener à demander de l'aide.

Références : Legleye et coll., 2007

Annexe 9

Algorithme IDEAL : parcours du patient souhaitant un sevrage



Annexe 10

Courrier de demande

CENTRE HOSPITALIER DE BAR LE DUC

1, boulevard d'Argonne – BP 10510 – 55012 BAR LE DUC cédex
Pôle Médecine et Spécialités

Docteur Dominique GUIRLET
Praticien Hospitalier
poste 3111

EQUIPE HOSPITALIERE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE

Secrétariat : 03-29-45-88-38 - Fax : 03.2945.86.74

Mail : addictologie@pssm.fr

Docteur Véronique ROBIN
Praticien Attache
Médecin Tabacologue
secrétariat : poste 8838
Vrobin@pssm.fr

Cadre de santé
Corinne PATTIN – poste 3179
cpattin@pssm.fr

Bar le Duc le 18 décembre 2014

Psychologue clinicienne et de la santé

Caroline LESNE – poste 3065
clesne@pssm.fr

Relaxologue
Roselyne VERSTAPPEN
secrétariat : poste 8838
addictologie@pssm.fr

Infirmières EHLA

Sylvie DEMETTRE – poste 3014
D.U.périnatalité et addictions
sdemettre@pssm.fr

Isabelle PIDANCIER – poste 3180
Infirmière tabacologue
ipidancier@pssm.fr

Liliane MULLER – poste 3180
lmuller@pssm.fr

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de sa thèse de Docteur en Médecine portant sur « la perception des patients dans le cadre d'un sevrage tabagique avec recours à une infirmière addictologue de proximité par rapport à une prise en charge hospitalière initiale et suivie en CSAPA », Monsieur POIREL Christophe souhaite s'entretenir avec les patients pris en charge par Madame PIDANCIER Isabelle, infirmière tabacologue au cours de la période de Mai 2013 à Septembre 2014.

Merci de nous faire part de votre décision en renvoyant le coupon ci joint **pour le lundi 12 janvier 2015** à l'adresse suivante : Secrétariat – Equipe de liaison en addictologie – Centre Hospitalier BP 10510 – 55012 BAR LE DUC Cédex.

En vous remerciant, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes salutations les meilleures.

Madame le Docteur GUIRLET

Annexe 11

Courrier de réponse

CENTRE HOSPITALIER DE BAR LE DUC
1, boulevard d'Argonne – BP 10510 – 55012 BAR LE DUC cédex
Pôle Médecine et Spécialités

EQUIPE HOSPITALIERE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE

Secrétariat : 03-29-45-88-38 - Fax : 03.2945.86.74

Mail : addictologie@pssm.fr

Madame

Monsieur

- souhaite participer à cette étude
- ne souhaite pas participer à cette étude

Le 11 décembre 2014

Signature :

ENTRETIENS

Entretien 1

Patient suivi hors cadre hospitalier

E : Pour faire un peu connaissance, parler moi de vous : âge, travail et de votre passé de fumeur. À quel âge avez-vous commencé ? Votre entourage était-il fumeur ? Quel tabac, quelle quantité fumiez-vous ?

I : J'ai 55 ans. Je suis en invalidité pour un cancer du poumon. J'ai commencé à fumer vers l'âge de 13 ans. A l'époque, quand j'ai commencé à fumer, mes proches et mes amies fumaient. Maintenant, mon mari et mon fils n'ont jamais touché à la cigarette.

E : Quelle a été votre consommation maximale, et quel type de tabac ?

I : La, je suis à 20. Je suis montée à beaucoup plus haut : 40. Je fume des cigarettes du commerce.

E : Comment évalueriez-vous votre dépendance, avant de débiter le suivi ?

I : Très forte. La preuve, je n'ai pas arrêté. Sur une échelle de 0 à 10, comme l'infirmière me l'avait fait évaluer au début, si je me souviens bien, j'étais à 9.

E : Aviez vous ou avez vous d'autres consommations de toxiques ?

I : Non, je ne bois même pas d'alcool.

E : Aviez-vous déjà essayé d'arrêter auparavant ?

I : Oui. J'ai essayé 2 fois, sur l'hôpital. A l'époque, il n'y avait pas d'autre endroit pour ce type de suivi. Je me suis arrêtée sur une petite année, mais avec quelques rechutes. Je voyais l'infirmière tabacologue. Je mettais les patchs aussi.

E : Quel était le motif de votre première consultation ?

I : On m'a détecté un cancer pulmonaire. Il fallait que j'arrête de fumer avant l'opération.

E : Votre suivi s'est fait auprès d'une infirmière addictologue de proximité. A-t-il été régulier ?

I : Je suis allée à chaque rendez-vous, environ toutes les 2 semaines au départ, puis ça a été espacé après l'opération. Je n'avais plus trop la motivation de continuer.

E : Comment évalueriez-vous votre motivation à arrêter ? De 0 à 10 ?

I : Elle était forte. On va dire 9, avec ce cancer.

E : Comment évaluez vous votre prise en charge globalement ? Avantages et inconvénients ?

I : Des inconvénients, je n'en vois pas. Par contre des avantages, il y a la possibilité de parler. C'est une personne qui a un très bon contact avec les gens. Ça permet de parler de ses problèmes. Elle a des questionnaires bien construits, pour noter les cigarettes que l'on fume la journée, à quel moment, le pourquoi, ce que l'on a ressenti. On met de 1 à 10, si on a beaucoup apprécié, moyennement. Les horaires, c'était très bien. J'appréciais d'être plus proche de chez moi, que lors de mon suivi sur l'hôpital lors de ma première tentative d'arrêt. A l'époque, il n'y avait pas d'offre à proximité.

E : Quelles suggestions pourriez-vous formuler pour améliorer la prise en charge ?

I : Au niveau de l'infirmière : rien. C'est complet. Mais on aurait besoin d'être aidé plus d'une autre façon. Au CAV, il y a l'acupuncture, l'hypnose. Des choses que l'on ne voit pas trop par ici. Parce que les aides comme les timbres, les médicaments... ça ne me suffisait pas. J'ai essayé aussi la cigarette électronique, après en avoir entendu parlé par les médias. Mais je trouve ça trop « synthétique ». Je n'aime pas. Et puis on entend dire que c'est pire que le vrai tabac. Je sais pas trop...

E : Votre médecin traitant était-il impliqué ? L'implication de votre médecin traitant a-t-elle eu un

impact sur vous pour le sevrage ?

I : Oui ! C'est lui qui m'a dit de voir avec l'infirmière. Ça m'a un peu aidé, mais sans plus. Il continuait à me demander où j'en suis avec le tabac. Ça me motive à continuer. À chaque fois que je le revois pour le renouvellement de mes traitements, tous les 2 mois, il me demande où j'en suis et me fait un peu la morale.

E : Quel a été l'impact de ce suivi sur votre consommation tabagique ? Poursuivez-vous une prise en charge ?

I : Actuellement je suis à une réduction à 20 cigarettes par jour, des cigarettes du commerce.

Ça fait longtemps que j'ai arrêté de voir l'infirmière. Mais je vais reprendre pour envisager un arrêt.

J'ai vu une tabacologue médecin au CAV lundi, mais elle m'a dit que cela faisait loin pour un suivi sur Nancy. Elle m'a conseillé de revoir localement, si on pouvait me donner une adresse pour faire de l'hypnose, chose que je n'ai jamais essayée. Mais ça ne m'empêche pas que je vais faire un suivi avec Mme K en plus, si je trouve où faire de l'hypnose. J'angoisse à l'idée de me dire que je dois arrêter de fumer. J'ai peur de ne plus avoir cette béquille. Pourtant je devrais avoir plus peur de la maladie, vu ce qu'il m'est arrivé. J'ai essayé le zybam, le champix, l'acupuncture.

Entretien 2

Patient suivi hors cadre hospitalier

E : Pour faire un peu connaissance, parlez moi de vous : âge, travail, votre passé de fumeur. À quel âge avez-vous commencé le tabac ? Votre entourage était-il fumeur ? Quel tabac, quelle quantité fumiez-vous ?

I : J'ai 43ans. Je bosse comme pontier cabine ; c'est un milieu plutôt fumeur.

Je dirais que j'ai commencé vers 13 ans. J'ai fumé 28 ans.

Chez moi, personne ne fumait. On va dire que c'était plutôt à l'école. Il y avait des fumeurs autour de moi, mais ça n'a pas eu d'impact sur mon envie d'arrêter.

E : Quelle a été votre consommation maximale, et quel type de tabac ?

I : Ça fait peur. Je dirais 60. Je fumais des tubes. Je sais que ça fait le double en cigarette normale.

E : Comment évalueriez-vous votre dépendance, avant de débiter le suivi ? De 0 à 10 ?

I : Importante. Je fumais la première en me levant, avant le petit-déjeuner. Avec 60 par jour, il

fallait bien les répartir... 10/10

E : Aviez-vous déjà essayé d'arrêter auparavant ?

I : J'ai essayé une fois. Il y a quelques années. J'ai tenu pendant 6 mois avec des patchs, mais j'ai arrêté trop tôt. Je pense aussi que les patchs n'étaient pas assez forts.

E : Aviez-vous ou avez-vous d'autres consommations de toxiques ?

I : Non. C'était plutôt le café. Maintenant, je commence à repasser au décaféiné. Je le sens.

E : Quel était le motif de votre première consultation ?

I : J'étais en pleine séparation. J'avais des problèmes financiers et de santé. J'ai fait d'une pierre deux coups. J'ai dit stop. Je ne veux plus gâcher mon argent là-dedans. J'ai dû retourner chez ma mère.

Elle me voyait fumer de plus en plus. On en a discuté. J'ai mis le temps avant d'y aller.

E : Que pensez-vous de la cigarette électronique ?

I : Il y a plein de monde autour de

moi que je vois essayer d'arrêter avec. C'est pas mal, mais est-ce que c'est autorisé ? Là où je bosse, ça ne l'est pas. L'idéal serait que le mec puisse tirer sur sa cigarette quand il en a envie. Je trouve ça bien. Il y a des magasins spécialisés pour ça.

E : Comment évalueriez-vous votre motivation à arrêter ? De 0 à 10 ?

I : J'étais déterminé à arrêter. Avec ma séparation, j'avais une bonne motivation. Je dirais 9.

E : Votre suivi s'est fait auprès d'une infirmière addictologue de proximité. A-t-il été régulier ?

I : Oui, à chaque rendez-vous fixé, mais je ne me souviens plus de la fréquence.

E : Comment évaluez-vous votre prise en charge globalement, avantages et inconvénients ? Auriez-vous souhaité être suivi sur l'hôpital ?

I : L'hôpital, c'est plus l'obligation. Alors que la, j'étais plus libre : je venais en vélo.

Elle faisait aussi office de psy, comme je venais de me séparer. C'est un tout.

Niveau horaire, c'était assez

flexible, avec mon boulot. J'arrivais à changer au besoin.

J'avais déjà arrêté une fois, mais on ne m'avait pas prescrit ce que elle, elle me prescrivait. J'avais eu des patch beaucoup trop faibles, alors que j'avais besoin de plus. C'est pour ça que je pense que ça n'a pas marché la première fois. Elle a fait une bonne évaluation, selon ma consommation de tubes. Au début, à voir mon truc de CO, ça a été impressionnant. Puis à le voir diminuer, c'était bien.

S'il n'y avait pas eu Mme Kennel, ça aurait été un frein. Son mari est le pharmacien de toute la famille. Ma mère en avait parlé avec. C'est lui qui nous a dit que sa femme prenait en charge ce genre de problème. Je suis allé prendre rendez-vous directement. On pouvait parler de tout. On a une certaine confiance, son mari étant notre pharmacien. On connaît de nom. C'est pas comme si on était un dossier qui traîne sur un bureau.

Les entretiens sont dans un plus petit bureau, pas médical, pas comme à l'hôpital dans un grand truc. L'hôpital c'est plus malade. C'est malsain quoi. On y va parce qu'on est obligé.

E : Quelles suggestions pourriez-vous formuler pour

améliorer la prise en charge ?

I : J'ai pris 10 kilos en arrêtant de fumer. C'est vrai que ça serait bien de prendre en charge ça aussi, avec une diététicienne qui me conseilleraient quoi manger.

E: Votre médecin traitant était-il impliqué ? L'implication de votre médecin traitant a-t-elle eu un impact sur vous pour le sevrage ?

I : Il m'en a pas parlé, mais s'il m'avait dit que ça existait, ça aurait été comme pour ma mère. J'y serais allé. Il fallait juste que je

sois prêt à arrêter.

Et dans le suivi, du coup, il n'a pas eu de rôle. J'ai pas vraiment perdu en motivation et je n'ai pas repris. Après, je ne vais pas souvent chez mon médecin. Et je n'ai jamais pensé au fait que je pouvais aller le voir pour parler que de ça.

E : Quel a été l'impact de ce suivi sur votre consommation tabagique ? Poursuivez-vous une prise en charge ?

I : J'ai arrêté immédiatement et je n'ai pas repris. Je ne revois plus l'infirmière maintenant.

Entretien 3

Patient suivi hors cadre hospitalier

E : Faisons un peu connaissance, parlez-moi de vous : votre âge ? Vous travaillez ?

I : J'ai 28 ans. Je suis pontier.

E : Quelle a été votre histoire avec le tabac (âge auquel vous avez commencé, type de tabac fumé, quantité...) ? Votre entourage était-il fumeur ?

I : Je devais avoir dans les 15 ans. Mon père était un gros fumeur. J'ai toujours été entouré de fumeurs. Je tournais à un paquet par jour environ.

E : Comment évalueriez-vous votre dépendance, avant de débiter le suivi ? De 0 à 10 ?

I : On va dire moyenne : 5/10. Je n'étais pas du genre à fumer dès le réveil.

E : Aviez-vous déjà essayé d'arrêter auparavant ?

I : J'avais pris des patchs, une fois. Mais il faut la volonté. Ça n'a duré que deux mois.

E : Aviez-vous ou avez-vous d'autres consommations de toxiques ?

I : Non. Alcool les weekend, si vous considérez cela comme des toxiques.

E : Quel était le motif de votre première consultation ?

I : Je me sentais de plus en plus essoufflé. Je n'avais plus envie de fumer. Niveau santé, je commençais à voir que ça n'allait pas. Je me suis motivé à arrêter. C'était peut être ce qu'il me manquait la première fois.

E : De 0 à 10, vous donneriez quelle note à votre motivation ?

I : J'étais à au moins 8. Et ça continue.

E : Que pensez-vous de la cigarette électronique ?

I : Pour moi, c'est pas bien. Je connais plein de monde qui me dit vouloir arrêter avec ça. Au final, ils fument plus avec ça, qu'avec les cigarettes normales. Ils l'ont en permanence dans la poche. Ils la sortent en permanence. Voila, c'est pas bon.

E : Votre suivi s'est fait auprès d'une infirmière addictologue de proximité. A-t-il été régulier ?

I : Au départ, c'était régulier toutes les semaines, puis toutes les deux semaines. Après, on a arrêté. Ce n'était plus nécessaire. Il n'y a qu'un seul rendez-vous qui a été annulé. L'infirmière ne pouvait pas.

E : Comment évaluez-vous votre prise en charge globalement, avantages et inconvénients ?

I : J'ai rien à dire de négatif. Elle était bien à l'écoute. Elle donnait beaucoup de conseils : s'occuper à autre chose, notamment après le déjeuner. Il y a toujours 5 minutes de battement où on est tenté.

La première fois, j'avais essayé seul, avec des patchs, mais j'avais pas eu ces conseils. On ne sait pas tout ça. On a plus tendance, quand on pense à la cigarette, à craquer, surtout après le repas. C'est la plus importante, celle la.

Après, c'était un avantage que ce soit aussi proche. Monter à Bar-le-Duc pour un entretien de 15 à 20 minutes. La, sur place, c'est top.

E : Si vous n'aviez pas pu être pris en charge sur Revigny-sur-Ornain, que le seul endroit possible avait été l'hôpital, cela aurait-il changé quelque chose ?

I : Oui, déjà la distance. Aller à l'hôpital pour ça ! L'hôpital c'est pour les malades.

E : Quelles suggestions pourriez-vous formuler pour améliorer la prise en charge ?

I : En étant toute seule, je vois que c'est restreint. Pour avoir les rendez vous, il fallait que je me cale. C'était pas évident

avec une vie de famille, les enfants, le boulot. Elle ne consultait pas tous les jours. Moi, j'ai pu, mais j'ai des amis qui ne peuvent pas se libérer sur ces jours la.

E : Votre médecin traitant était-il impliqué ? L'implication de votre médecin traitant a-t-elle eu un impact sur vous pour le sevrage ?

I : C'est mon médecin traitant qui m'y a adressé. Je lui ai posé la question. Je lui ai dit que je voulais arrêter de fumer. C'est lui qui m'a dit qu'il y avait une infirmière sur Revigny-sur-Ornain. Il m'a donné le numéro pour prendre rendez vous. Avec les patchs uniquement, on n'a pas les conseils, le suivi derrière. C'est facile de mettre le patch, mais ça fait pas tout.

Si mon médecin ne m'avait pas orienté, je n'aurais pas fait l'effort de chercher comment faire.

On en a reparlé après avec mon médecin, mais sans plus. j'avais déjà arrêté.

E : Quel a été l'impact de ce suivi sur votre consommation tabagique ? Poursuivez-vous une prise en charge ?

I : Positif. J'avoue que ça m'arrive d'en refumer de temps en temps. Je ne mets plus de patchs. Je ne vois plus l'infirmière. Ça va faire presque un an. Tant que je n'en fume pas plus, ça me va. Après si je revenais à déconner, je pense que je reprendrais un suivi, pour en discuter, voir pourquoi j'ai recommencé.

Entretien 4

Patient suivi hors cadre hospitalier

E : Pour faire un peu connaissance, parler moi de vous : âge, travail et de votre passé de fumeur. À quel âge avez-vous commencé ? Votre entourage était-il fumeur ? Quel tabac, quelle quantité fumiez-vous ?

I : J'ai 78 ans. Je suis retraité. En dernier, on tenait un bar-restaurant. C'était un milieu où l'on fumait.

J'ai commencé à fumer à 14 ans. À l'époque, mon père fumait beaucoup. J'ai toujours été entouré de fumeurs. En tenant un bar, ça ne pouvait pas être autrement.

E : À combien de cigarette au maximum êtes-vous allée ?

I : Jusqu'à 3 paquets par jour. Maintenant, je suis passé au tabac roulé. J'en fume une douzaine par jour.

E : Comment évalueriez-vous votre dépendance à cette époque ? De 0 à 10 ?

I : Je ne peux pas dire sur un chiffre de 1 à 10. Dans le temps, j'étais au maximum. Maintenant, disons que je ralentis. C'est le matin que je ne peux pas me passer de fumer. C'est

la première chose que je fais quand je me lève. C'est indispensable. Que je ne fume pas dans la journée, ça ne me dérange pas, mais celle du matin, ça me dérange.

E : Aviez-vous déjà essayé d'arrêter avant ? Et comment ?

I : J'ai été hospitalisée. J'ai eu une jaunisse. Enfin, j'ai eu plein de trucs. Et il ne fallait plus que je fume. J'ai été 5 mois à l'hôpital. Vous savez que c'est plus difficile de fumer là-bas. J'avais beau leur en demander une... Elles ne voulaient pas. Je me suis retrouvé à la sortie sans l'envie de fumer. Donc, j'ai été 3 ans sans fumer. Mon mari est tombé malade. Un beau jour, on nous a appris qu'il avait un cancer. Quand on est sorti, je lui ai dit : « donne moi une cigarette ». Et voila, c'est comme ça que je suis repartie. C'était il y a un peu plus de trois ans.

Pendant les 3 ans où j'ai arrêté, je continuais toujours à chercher un cendrier. C'est machinal. C'est un mauvais réflexe.

E : Aviez-vous ou avez-vous d'autres consommations de toxiques ?

I : Non, à mon âge. Et même l'alcool,

pourtant je tenais un bar... (rires)

E : Quelle a été votre motivation pour consulter un infirmière addictologue ?

I : J'avais été gravement malade. J'avais été voir le médecin. Il m'avait dit : « Madame, il faut complètement arrêter de fumer. » J'étais complètement d'accord avec lui. J'ai tenu 2 mois, 3 mois. Et puis, j'ai repris.

E : Comment évalueriez-vous votre motivation à arrêter ? De 0 à 10 ? 0 étant l'absence totale de motivation et 10 la motivation la plus forte que vous pouvez imaginer ?

I : Au début, je devais être à 3 ou 4. Puis j'ai dû augmenter. Quand on est seul, on s'ennuie. Je vais lire, regarder la télé, ou quoi. C'est facile de prendre une cigarette.

Tandis que quand vous êtes avec quelqu'un, vous bavardez, vous discutez. Vous n'allez pas fumer comme ça sans arrêt.

E : Que pensez-vous de la cigarette électronique ?

I : Mes filles, elles l'ont. Moi, je ne trouve pas que c'est très bien. Je vais vous dire.

Elles ont voulu arrêter de fumer. Elles ont pris la cigarette électronique. Cet

engin, elles l'ont toujours au bec. C'est pas le tout de dire que j'arrête de fumer. Elles absorbent autre chose. C'est pas mieux. C'est mon avis. C'est pareil que si elles fumaient.

E : Votre suivi était-il régulier ?

I : J'allais à tous les rendez-vous. Je suis en retraite. Je n'avais pas d'excuse pour ne pas y aller.

E : Comment évaluez-vous votre prise en charge globalement, avantages et inconvénients ?

I : Elle est parfaite. Mme K, elle est gentille. Il y en avait beaucoup. Elle était très à l'écoute, mais je n'ai pas du vouloir l'écouter (rire). Même si elle m'a ouvert les yeux sur pas mal de chose. Mais je devais être trop vieille pour l'écouter. Elle devait être trop jeune pour moi.

C'était bien que ça soit pas loin du cabinet du docteur. À mon âge, on n'aime pas faire trop de voiture. Je ne conduis plus trop sur les longs trajets. Elle m'avait donné des patchs, mais je ne les supportais pas. Il n'y avait rien à faire : ça me démangeait, quelque soit la marque. J'avais de l'eczéma plein les bras. Mais je pense que ça aurait pu me faire arrêter si j'avais pu continuer.

Je n'ai pas arrêté, mais ça m'a permis de réduire. Comme je les roule, et que je suis devenu fainéante, j'en fume

moins, même si je sais qu'une vaut deux du commerce.

C'est ce que m'a dit l'infirmière en consultation.

E : Votre suivi s'est fait auprès de Mme K, à Revigny. Si ça n'avait pas été possible là, mais que sur l'hôpital, auriez-vous souhaité ce suivi ?

I : Non, je n'y aurais pas été. Je ne sais pas. J'ai un mari qui a été très, très malade.

Les hôpitaux me sortent un peu par la tête. Quand je rentre dans ces établissements là, j'ai toujours un petit recul. Alors quand je peux éviter d'y aller... J'évite.

E : Quelles suggestions pourriez-vous formuler pour améliorer la prise en charge ?

I : Je ne vois pas ce qui pourrait être modifié. C'est parce que vous n'êtes pas motivée.

Ils pourront faire ce qu'ils veulent. Si la personne comme moi au fond de sa tête se dit : « oh non »... Vous êtes pas motivé. Vous ne l'êtes pas.

Ma fille a été voir à Bar-le-Duc un monsieur qui, il paraît, est très très bien. Mais j'ai pas été le voir. Pas assez courageuse.

E : Votre médecin traitant était-il impliqué ? L'implication de

votre médecin traitant a-t-elle eu un impact ?

C'est lui qui m'a adressé à l'infirmière. J'aurais peut être fait la démarche, même s'il ne m'en avait pas parlé. Vous savez, 3 paquets par jour, ça fait beaucoup.

Il continue à m'en parler. À chaque fois, il me dit qu'il ne me faut pas de tabac. Je me sens un petit peu coupable. Et puis quand je sors de son cabinet, je me dis : « après tout, s'il ne me reste plus que ça de bon ». Que voulez-vous faire ?

E : Et où en est votre consommation de tabac actuellement ? Comment envisagez vous votre prochain essai de sevrage, si nécessaire ?

I : Maintenant, je fume des roulées, parce que comme ça, il faut que je les fasse. Dans le temps, je prenais la voiture, j'en avais toujours avec moi. Maintenant comme je n'en prépare pas d'avance, je ne fume plus en voiture. Mettons, je pars 2 - 3 heures en courses, ça m'oblige à être 2 - 3 heures sans fumer. C'est pour ça que je n'en achète plus en paquet. Je ne vais pas m'arrêter en voiture pour en faire.

Je fume un peu moins d'une douzaine de cigarette par jour, mais je ne peux pas m'en passer le matin et le soir.

Entretien 5

Patient suivi hors cadre hospitalier

E : Pour faire un peu connaissance, parlez-moi de vous : âge, travail, et de votre passé de fumeur. À quel âge avez-vous commencé ? Votre entourage était-il fumeur ? Quel tabac, quelle quantité fumiez-vous ?

I : J'ai 61 ans. Je ne suis plus en activité. Je suis pas encore retraitée, mais bientôt. Je suis en équivalent retraite par les ASSEDIC. Avec ma santé, de toute façon, je ne pouvais plus travailler. J'ai eu trop de soucis. Et honnêtement, il n'y a plus boulot pour les gens de nos âges. J'ai fait un peu de tout. J'ai travaillé chez les personnes âgées. J'ai fait de la couture.

J'ai commencé à fumer de bonne heure : 15 ou 16 ans. Je ne me rappelle plus.

Mon père fumait, mais il arrêta comme il voulait. Ma soeur, c'est pareil. Ce ne sont pas de vrais fumeurs, pas comme mon frère. Un vrai fumeur, ça ne s'arrête pas comme ça, si facilement. Je vous jure que si je pouvais arrêter, j'arrêtera.

Mon mari et ma fille fument.

Je fume un paquet. Il y a 3 ans, j'ai

été malade. On m'a demandé ce que je fumais. On m'a dit que les roulées, c'était très mauvais, deux fois plus toxique. Donc j'ai arrêté ça. Mais bon, financièrement, ça coûte cher.

E : Comment évalueriez-vous votre dépendance à cette époque? De 0 à 10 ?

I : Forte. 10/10 voir 11.

E : Aviez-vous déjà essayé d'arrêter avant ? Et comment ?

I : Je ne sais plus il y a combien d'années, un soir je me suis dit : « demain, je ne fume pas ». J'ai pas fumé pendant 6 mois. J'en ai parlé à mon médecin : « pourquoi, comme ça un soir j'ai arrêté ? » J'ai été 6 mois sans fumer. Tout le monde autour de moi fumait. Ça ne me dérangeait pas. Même la cigarette ne m'a pas manquée. C'est ça que je comprends pas. Au jour d'aujourd'hui, je veux arrêter, je n'y arrive pas.

J'ai eu aussi le patch, mais il y a longtemps, longtemps. C'est vrai que je ne fumais pas.

Je replonge à chaque fois.

E : Aviez-vous ou avez-vous d'autres consommations de toxiques ?

I : Qu'est ce que vous voulez dire ? Le... Je ne dis pas que je n'ai pas essayé, mais on a fait ça pour une fête, pour les 50 ans de mon mari il y a 10 ans. On a tiré avec les copines 3 à 4 taff. C'est vrai qu'on était bien après. (rire) On a pris une crise de fou rire. C'est pas pour ça que j'en ai refumé après. C'était dans la fête. Et je ne suis pas pour ça. On voit trop les dégâts chez les jeunes.

E: Quelle a été votre motivation pour consulter un infirmière addictologue ?

I : Qu'elle m'aide à arrêter. Mais je pense que pour moi, le discours ne suffit pas. Je voulais arrêter parce que j'en ai marre. Je tousse. J'ai de la bronchite chronique. Je suis essoufflée pour un rien. J'ai 61 ans. Elle fait vieille ma peau. Et ça coûte cher.

E : Comment évalueriez-vous votre motivation à arrêter ? De 0 à 10 ? 0 étant l'absence totale de motivation et 10 la motivation la plus forte que vous pouvez imaginer ?

I : J'étais vraiment motivée. Facile 8 sur 10. Mais je n'y suis allée

qu'une fois, ou deux. Je ne m'en rappelle plus trop.

E : Est-ce que vous avez entendu parler de la cigarette électronique ?

I : Oui, on en a avec mon mari. Je ne l'ai pas supportée. Moi, je n'arrivais pas. Mon mari, lui, ça lui a irrité toute la gorge et il toussait encore plus.

Moi, le goût me disait rien. J'aurais du insister. On en voit plein avec. Mais c'est pareil, les dégâts. C'est peut être moins pire que le tabac. J'ai un cousin, ça fait deux ans qu'il prend ça. Et il se sent mieux. Et on peut en acheter partout, mais est-ce qu'elles sont toutes bien? Dans certaines enseignes, on va la payer 80 euros. Ailleurs, elle sera à 15 euros.

E : Votre suivi n'a pas été régulier. Comment évaluez-vous votre prise en charge globalement, avantages et inconvénients ?

I : Comme je vous le disais. J'ai pas adhéré. Ça ne me suffit pas qu'elle me parle de mes motivations, de tout ça. Tout ce qu'elle me disait, c'est vrai. Je ne suis pas contre. Mais c'est pas ça que j'attends. J'attends quelque chose de plus radical que des paroles. C'est pas

une critique. Elle explique bien. Mais je veux un truc qui soit plus rapide, qui m'arrête du jour au lendemain. Mais bon, je suis peut être un peu exigeante aussi.

Moi, il me faut un truc qui soit vraiment efficace. Je vais essayer d'aller voir un magnétiseur.

Et puis avec ma gamine, elle n'a pas une bonne santé. Il faut qu'on l'emmène à Verdun régulièrement. La, il faut qu'on l'emmène à Nancy. Elle n'a pas le permis.

E : Votre suivi s'est fait auprès de Mme K, à Revigny. Si ça n'avait pas été possible là, mais que sur l'hôpital, auriez-vous souhaité ce suivi ?

I : Je n'aurais pas rejeté l'idée, mais faire les aller-retours? Je ne les ferais pas tous les jours, mais une fois tous les 15 jours, ou au pire toutes les semaines. On n'est pas si loin que ça.

E : Quelles suggestions pourriez-vous formuler pour améliorer la prise en charge ?

I : L'acupuncture, on m'a dit que ça marchait bien aussi. Il faudrait peut être proposer ça aussi. Ou l'hypnose, même si j'ai un peu peur avec ça : peur de ne pas me reveiller.

E: Votre médecin traitant était-il impliqué ? L'implication de votre médecin traitant a-telle eu un impact ?

I : C'est lui qui m'a envoyée la voir. Il me rouspète à chaque fois, qu'il faut arrêter de fumer, même si je n'aborde pas le problème en premier. Là-dessus, il a raison. Je n'aurais pas fait la démarche d'aller la voir autrement, ou d'aller sur l'hôpital.

Il me dit que je vais finir avec les bouteilles, avec ma bronchite chronique. C'est vrai que ça me fait peur, mais si je pouvais arrêter, je le ferais. Dès que j'ai des soucis, je refuse de plus. Il faut que j'ai un dégoût de ce tabac.

E: Et ou en est votre consommation de tabac actuellement ? Comment envisagez-vous votre prochain essai de sevrage, si nécessaire ?

I : J'ai réduit il n'y a pas longtemps. De 25, j'avais réduit à 5 ou 6, puis une semaine après c'est reparti. Je veux arrêter carrément. La, je dois prendre rendez-vous chez un magnétiseur. Il paraît qu'il est efficace.

Entretien 6

Patient suivi au Centre Hospitalier Général de Bar-le-Duc

E : Parlez-moi de vous : votre âge, votre travail. Quel a été votre passé de fumeur. A quel âge avez-vous commencé ? Votre entourage était-il fumeur ? Quel tabac, quelle quantité fumiez-vous ?

I : J'ai 38 ans. Je travaille. J'avais 20 ans passés quand j'ai touché ma première cigarette.

Mes parents fumaient quand j'étais petit : mon père, ma mère aussi. Les copains aussi s'étaient mis à fumer. Quand j'ai décidé d'arrêter, les gens dans ma famille ne l'étaient plus trop. Mes amis sont restés fumeurs. C'est bête d'avoir commencé si tard.

Au plus haut, j'étais à 1 paquet par jour (20 cigarettes). C'était des cigarettes du commerce.

E : Comment évalueriez-vous votre dépendance, avant de débiter le suivi ? De 0 à 10 ?

I : Quand j'ai entamé la procédure, elle était moyenne on va dire : 6/10.

E : Aviez-vous déjà essayé d'arrêter auparavant ?

I : Arrêter ? Non. J'avais essayé de réduire, sans grand succès mais

sans me faire aider, sans en avoir discuté.

E : Aviez-vous ou avez-vous d'autres consommations de toxiques ?

I : L'apéro de temps en temps.

E : Quel a été le motif de votre première consultation ?

I : J'avais vraiment envie d'arrêter. Réduire, ça ne dure qu'un temps, pour la santé, pour les enfants et pour moi, l'entourage. Le prix ne m'a pas motivé. Le paquet aurait été à 30 euros, ça ne m'aurait pas stoppé.

E : Comment évalueriez-vous votre motivation à arrêter ? De 0 à 10 ? 0 étant l'absence totale de motivation et 10 la motivation la plus forte que vous pouvez imaginer ?

I : Je dirais 8. J'étais motivé quand même.

E : Que pensez-vous de la cigarette électronique ?

I : J'ai pas essayé. J'en ai entendu parlé qu'après avoir arrêter. Autrement, j'aurais bien essayé.

C'est moins nocif. Je pense que ça peut être une bonne transition pour arrêter. Et c'est beaucoup moins cher à l'achat, je pense.

E : Votre suivi s'est fait sur l'hôpital. A-t-il été régulier ?

I : Je suis allé à tous les rendez-vous. Au début, c'était une fois par semaine, entre 12h et 14h. Après ça s'est estompé.

E: Comment évaluez-vous votre prise en charge globalement, avantages et inconvénients ?

I : Les avantages : c'est bien d'être aidé, suivi, d'avoir des conseils, des astuces. Elle me disait : « dans cette situation, tu veux fumer. Et bien, tu peux faire ça à la place. » On n'a pas le couteau sur la gorge. Elle explique si on veut arrêter tout de suite ou si on veut réduire. C'est motivant. J'ai arrêté un jour, deux jours. Comme ce sont les 2 premiers jours les plus difficiles, on se dit : « tiens je vais pousser un peu ». J'étais content de dire que cela faisait une semaine que je n'avais pas touché une cigarette.

J'avais vu une affiche chez mon ophtalmologue pour des séances en groupe organisées pour arrêter.

C'était comme un groupe de travail. Je voulais l'effet de groupe. Je pense que c'est plus motivant.

J'y suis allé, mais je n'étais pas inscrit, donc je n'ai pas pu y assister. Une des infirmières qui était là m'a dit que l'on faisait des séances individuelles. Au début, ça ne me tentait pas. Elle a pris mon numéro de téléphone. Après plusieurs appels, j'ai décroché. Elle m'a demandé de prendre un rendez-vous, de venir au moins au premier en parler.

Les horaires étaient libres. Entre midi et deux pendant les jours de boulot.

Lors de la toute première séance, il m'ont pris le taux de CO. Sur le mur, il y avait une affiche sur le degré d'intoxication. Et le taux était très haut. Même si on le sait, on ne le mesure pas. La, c'était concret.

E : Vous avez été suivi sur l'hôpital, or il existe une prise en charge près de chez vous. Auriez-vous souhaité ce suivi ?

I : Je ne savais pas qu'il y avait une possibilité de prise en charge sur Revigny. Ça aurait été plus simple, mais en soirée. Je n'aurais pas eu le temps entre midi et deux de revenir. Mais même si j'avais eu le temps, je ne pense pas que je serais venu.

E : Quelles suggestions pourriez-vous formuler pour améliorer la prise en charge ?

I : Favoriser les entretiens de groupe. On ne propose pas assez ce genre d'aide, ou des techniques comme l'acupuncture, l'hypnose. Je n'avais fait que des séances de relaxation... C'était intéressant.

E: Votre médecin traitant était-il impliqué ? L'implication de votre médecin traitant a-t-elle eu un impact sur vous pour le sevrage ?

I : Non, elle ne m'en a jamais parlé. On n'avait jamais trop abordé le sujet. Je n'étais jamais venu pour ça et on n'en parlait pas lorsque je venais pour autre chose. De

toute façon, ça n'aurait pas changé ma motivation. Si elle m'en avait parlé, j'aurais étudié la question, mais c'est cette affiche sur les séances de groupe qui m'a motivé. Et j'ai une amie qui a arrêté, il y a quelques années, grâce à ces groupes. Les médecins devraient systématiquement proposer de participer à au moins une séance de tabacologie

E : Quel a été l'impact de ce suivi sur votre consommation tabagique ? Poursuivez-vous une prise en charge ?

I : Je suis totalement sevré. Je ne touche plus au tabac. Et je n'en ai pas envi.

Entretien 7

Patient suivi au Centre Hospitalier Général de Bar-le-Duc

E : Pour faire un peu connaissance, parlez-moi de vous : âge, travail, et de votre passé de fumeur. À quel âge avez-vous commencé ? Votre entourage était-il fumeur ? Quel tabac, quelle quantité fumiez-vous ?

I : J'ai 63 ans. Je suis retraitée. J'ai travaillé principalement dans l'hôtellerie et la restauration.

E : A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?

I : J'ai commencé vers 14 ans. Mes parents étaient fumeurs.

E : Votre entourage était-il fumeur, aux différents moments de votre vie ?

I : Quand j'ai débuté, comme je vous le disais, mes parents étaient fumeurs. Après, j'ai toujours été en contact avec des fumeurs : mon mari, mon fils. Quand j'ai arrêté, mon fils a continué.

E : Quelle a été votre consommation maximale, et quel type de tabac ?

I : J'ai fumé par jour jusqu'à 25 cigarettes. J'ai commencé par des

cigarettes du commerce, puis j'ai acheté du tabac en boîte. Ça coûtait moins cher. Je le roulais. Je roule d'ailleurs toujours celles de mon fils.

E : Comment évalueriez-vous votre dépendance, avant de débiter le suivi ?

I : Forte. Dès que je me levais, je prenais ma première cigarette. Elle était déjà prête sur la table de chevet.

E : Aviez-vous ou avez-vous d'autres consommations de toxiques ?

I : Je consommait de l'alcool aussi dès le matin. De la vodka. C'est ce qui m'a amené à me sevrer.

E : Aviez-vous déjà essayé d'arrêter auparavant ?

I : Non, je n'en voyais pas l'intérêt.

E : Quelle était le motif de votre première consultation ?

I : Mon fils m'a amené aux urgences un soir où j'avais bu. J'étais à deux grammes. Ma saturation était limite et le pneumologue trouvait que je respirais pas bien.

J'ai été hospitalisée. L'infirmière tabacologue venait me voir en même temps que le docteur pour l'alcool. Au début, je n'étais pas trop chaude. Je me disais : « Cause toujours, tu m'intéresses ! Elle a insisté, insisté, et puis finalement quand je suis sortie de l'hôpital, on a pris rendez vous.

Le pneumologue m'a fait peur. Ça a été un électrochoc, nécessaire pour me faire ouvrir les yeux.

E : Comment évalueriez-vous votre motivation à arrêter ? De 0 à 10 ?

I : Je dirais 10. Le pneumologue m'a vraiment fait peur.

E : Que pensez-vous de la cigarette électronique ?

I : Je n'y prêtais pas attention avant de débiter le suivi avec l'infirmière, vu que je ne voulais pas arrêter. J'en ai pas mal entendu parler après, avec toutes ces boutiques. Je me demande si c'est vraiment efficace. Je me dis que c'est dans la tête de toute façon. Il faut le décider. Et puis avoir ça dans la bouche... Est-ce qu'il y en a qui ont arrêté avec ça ?

E : Votre suivi s'est fait sur l'hôpital. A-t-il été régulier ?

I : Au début, j'y allais deux fois

dans le mois, je crois, puis tous les mois. Il n'y a qu'une fois où je n'ai pas pu y aller. J'avais donc prévenu pour reporter le rendez vous. Il a été décalé d'une semaine.

E : Comment évaluez-vous votre prise en charge globalement, avantages et inconvénients ?

I : Je choisissais mes horaires, vu que je suis retraitée, j'avais le temps. Au début, je ne savais pas qu'il y avait des navettes à disposition pour aller sur Bar-le-Duc, parce que j'ai pas de moyen de transport. C'est l'infirmière qui m'a dit que ça existait. Je me suis renseignée auprès de la mairie. Je commandais quand j'avais rendez vous. Sans ça, je n'aurais pas pu y aller.

Elle m'a persuadée. Elle m'a aidée. Elle m'a soutenue. Il y a eu des loupés, mais pas volontairement. Je l'appelais pour lui dire.

C'était régulier, même si parfois je me disais : « ça me saoule... » J'ai perdu un peu de motivation, mais je n'ai pas retouché à une seule cigarette.

On poursuit le suivi avec un rendez-vous fin d'année. On a eu un bon contact au final. Si j'ai besoin, je peux les rappeler avant.

E : Vous avez été suivie sur

l'hôpital, or vous habitez à distance. Auriez-vous souhaité un suivi plus proche de chez vous ?

I : S'il y avait eu une prise en charge plus proche de chez moi, ça ne m'aurait pas dérangé pour le tabac, mais pour l'alcool. Ça passe pas très bien. Sur l'hôpital, je n'ai pas de risque de tomber sur mes voisins et de devoir répondre à des questions.

E : Quelles suggestions pourriez-vous formuler pour améliorer la prise en charge ?

I : Je ne voyais l'infirmière que pour le tabac. Bien sûr, elle me posait des questions sur ma consommation d'alcool, mais on n'axait pas les entretiens la-dessus. Si la même personne aurait pu prendre en charge les deux, ça aurait été un gain de temps.

E : Votre médecin traitant était-il impliqué ? L'implication de votre médecin traitant a-t-elle eu un impact sur vous pour le sevrage ?

I : Quand je suis arrivée dans la

région (je suis de Verdun), j'ai changé de médecin traitant pour mon traitement pour l'alcool. Elle m'a redonné mon traitement pour l'alcool et demandée de faire une radio des poumons. C'est tout. Elle ne répondait pas à mes questions. J'ai changé de médecin après mon hospitalisation. Il m'a plus suivi avec des prises de sang régulières, aussi pour le diabète et l'HTA. Il était content de voir que je tenais bon, que je n'ai pas repris de cigarettes.

Après, même s'il m'avait dit d'arrêter avant, je n'aurais pas essayé. Je n'en voyais pas l'intérêt. Il m'a vraiment fallu le déclic du pneumologue. Si on m'avait dit plus tôt que le tabac roulé est deux fois plus nocif que l'autre, j'aurais peut être envisagé d'arrêter.

E : Quel a été l'impact de ce suivi sur votre consommation tabagique ? Poursuivez-vous une prise en charge ?

I : Cela fait 15 mois que je n'ai pas refumé. Ça fait quelques mois que je ne l'ai pas vu. J'ai donc rendez-vous en septembre.

Entretien 8

Patient suivi au Centre Hospitalier Général de Bar-le-Duc

E : Pour faire un peu connaissance, parlez-moi de vous : âge, travail, et de votre passé de fumeur. A quel âge avez-vous commencé ? Votre entourage était-il fumeur ? Quel tabac, quelle quantité fumiez-vous ?

I : J'ai 57 ans. Je travaille dans un supermarché, au rayon liquide. J'ai commencé à 18 ans.

E : Votre entourage était il fumeur, aux différents moments de votre vie ?

I : Quand j'ai commencé à fumer, tout le monde fumait : mes parents, ma femme... Maintenant que j'arrête, il n'y a plus beaucoup de fumeurs autour de moi. Il ne reste que ma femme et sa soeur. Ma fille a arrêté en Pologne (nous sommes polonais), lors d'un séjour. Elle a été voir un magnétiseur.

E : Quel a été votre consommation maximale, et quel type de tabac ?

I : J'ai fumé des Marlboro, puis je suis passé au tabac à rouler. C'était moins cher. À la fin, je fumais 30 cigarettes par jour.

E : Comment évalueriez-vous votre dépendance, avant de

débuter le suivi ? De 0 à 10 ?

I : Pour moi, c'était impossible à arrêter. Je ne voyais pas pourquoi j'aurais essayé. Sur 0 à 10, j'étais à 9.

E : Aviez-vous déjà essayé d'arrêter auparavant ?

I : Non, jamais .

E : Aviez-vous ou avez-vous d'autres consommations de toxiques ?

I : Rien du tout.

E : Quel était le motif de votre première consultation ?

I : C'est à cause de mon accident vasculaire. J'ai fait un infarctus. Quand j'étais à Nancy, dès le premier jour, j'ai décidé que j'allais arrêter. C'est mauvais pour la santé. J'avais encore une cigarette sur moi, mais je ne l'ai pas touchée. Et ensuite, c'est vrai que cela revient cher. L'odeur, en plus est vraiment désagréable. Maintenant, ma femme refuse devant moi. À la sortie d'hospitalisation, elle allait dehors. Maintenant, ça me dégoûte!

E : Comment évalueriez-vous votre motivation à arrêter ? De 0 à 10 ?

I : Je suis très motivé. Après qu'il vous arrive des trucs comme ça, on ne peut qu'être motivé.

E : Que pensez-vous de la cigarette électronique ?

I : Je ne connais pas trop. J'ai des amis qui ont ça. Ils sont toujours avec à tirer dessus. Je ne suis pas sûr que ça permette d'arrêter.

E : Votre suivi s'est fait sur l'hôpital, a-t-il été régulier ?

I : J'allais en rééducation cardiovasculaire après mon infarctus. Je couplais les deux rendez-vous en même temps.

E : Quels avantages et inconvénients avez-vous trouvés à votre prise en charge ?

I : On avait l'écoute nécessaire. Ça permettait de garder une bonne motivation, de voir avec l'infirmière comment gérer les patchs et pastilles à la nicotine.

E : Auriez-vous souhaité un suivi plus proche de chez vous ?

I : Non, j'en profitais pour aller faire autre chose sur Bar-le-Duc, comme les courses.

Maintenant, j'ai repris le travail sur Bar-le-Duc. Ça serait toujours aussi simple.

E : Quelles suggestions pourriez-vous formuler pour améliorer la prise en charge ?

I : J'ai pris du poids quand j'ai arrêté de fumer. On a beau nous dire qu'il ne faut pas compenser le manque de la cigarette par la nourriture, on ne s'en rend pas compte. Il faudrait peut être un suivi aussi la-dessus.

E : Votre médecin traitant était-il impliqué ? L'implication de votre médecin traitant a-t-elle eu un impact sur vous pour le sevrage ?

I : Mon médecin traitant sur Bar-le-Duc n'a pas été au courant. On ne parle jamais de tabac.

E : S'il vous avez incité à arrêter avant votre accident cardiovasculaire, auriez-vous essayé d'arrêter ?

I : Il faut que quelque chose arrive pour avoir l'envie d'arrêter. Même si on m'avait dit que je pouvais faire un infarctus, je n'aurais rien changé avant de le faire. C'est comme pour ma femme. Elle continue.

E : Quel a été l'impact de ce suivi sur votre consommation tabagique ? Poursuivez-vous une prise en charge ?

I : Je ne fume plus. Je n'ai plus de patchs. Mais je n'arrive pas à motiver ma femme à arrêter.

Entretien 9

Patient suivi au Centre Hospitalier Général de Bar-le-Duc

E : Pour faire un peu connaissance, parlez-moi de vous : âge, travail, et de votre passé de fumeur. À quel âge avez-vous commencée ? Votre entourage était-il fumeur ? Quel tabac, quelle quantité fumiez-vous ?

I : J'ai 64 ans. Je suis retraitée par rapport à une activité professionnelle. Après j'ai encore de très, très nombreuses activités. J'étais formatrice en IUFM.

J'avais pas loin de 20 ans, lorsque j'ai commencé à fumer. Je vais dire à « fumotter », parce que ça exprime pour moi le nombre de cigarette. J'ai commencé avec mon mari. Mais presque tout mon entourage était fumeur.

J'ai arrêté de fumer, puis j'ai repris la cigarette avec mon mari quelques jours, ou quelques semaines avant qu'il décède. Il est mort prématurément. Et j'ai voulu arrêter la cigarette, l'an passé, parce que c'était tout à fait lié à ce deuil que je n'arrivais pas à faire.

Quand je dis je « fumottais », je fumais 5 à 6 cigarettes par jour. Je n'ai jamais passé au-delà de

8 cigarettes par jour. Je faisais 3 jours avec un paquet, parfois 2 jours s'il y avait une réunion. Je fumais plus avec mon fils.

Quand on est fumeur, la cigarette est conviviale. On voit facilement une personne offrir une cigarette à une autre. La pause cigarette, ça se partage.

Quand j'étais chez mon fils, il me demandait : « maman, tu viens fumer une cigarette avec moi. » Maintenant, il peut fumer, ça ne me gêne pas. La mort du père, pour mes enfants qui sont grands, c'était il y a 10 ans, ça a été difficile. On est très dans l'affect, nous, avec le tabagisme.

Au jour d'aujourd'hui, je trouve qu'il y a moins de fumeur, tout du moins autour de moi.

Mon fils a d'ailleurs aussi essayé d'arrêter. Je l'ai même envoyé voir Mme P (l'infirmière tabacologue du service d'addictologie), mais la distance a gêné. Il habite à Commercy.

C'est à 30 minutes. Il venait exprès pour ça. Je ne crois pas qu'il y ait de suivi comme ça près de chez lui. Il faudrait qu'il se renseigne.

E : Comment évalueriez-vous votre dépendance à cette époque ? De 0 à 10 ?

I : J'avais une certaine dépendance. J'avais une envie de fumer. Elle n'était pas forcément forte. Ça m'est arrivé, il y a deux ans, de partir 15 jours à l'étranger sans fumer parce que les personnes avec moi ne fumaient pas. Ça m'arrivait le soir de me dire : « tiens, je fumerais bien une cigarette », mais je n'ai pas acheté du tout de cigarettes. J'aurais pu arrêter complètement, mais il y a le côté habitude aussi. Je ne sais pas trop comment répondre... Il y avait une dépendance plutôt moyenne, 4/10.

E : Aviez-vous déjà essayé d'arrêter avant ? Et comment ?

I : J'ai donc arrêté pendant 10 ans. J'ai arrêté quand on a appris que mon mari était atteint d'un cancer. Et puis j'ai repris une cigarette avec lui un soir, avec cette idée de partager. C'est bête, mais c'est comme ça.

Mais j'avais essayé d'arrêter plusieurs fois, avant aussi. J'ai essayé l'acupuncture.

Une fois, j'ai arrêté un an. Une fois, j'ai arrêté deux ans.

Avec mon mari fumeur, qui était gros fumeur, c'était 20 à 30

cigarettes par jour, comme mon fils actuellement. C'était difficile, surtout quand on avait pas fait la différence entre motivation et volonté.

E : Aviez-vous ou avez-vous d'autres consommations de toxiques ?

I : Je consomme de l'alcool de temps en temps, mais très rarement, pendant les repas, comme tout le monde. Mais je n'ai jamais eu de consommation excessive, comme avec le tabac.

E : Quelle a été votre motivation pour consulter un infirmière addictologue ?

I : Je voulais arrêter de fumer parce que c'était lié à un deuil que j'avais beaucoup de mal à faire. Il y a eu aussi les décès de papa et de mon frère, liés au tabac. Ma motivation, pour moi, je reviens sur ce mot parce que Mme P l'a longuement différencié de volonté. C'est vrai que c'est très important comme distinction. Ma motivation, c'était, et c'est toujours aussi, la naissance d'un petit-fils, un troisième petit enfant, qui fait que je veux rester en vie pour eux. Je ne veux pas mourrir, pour eux, prendre soin de ma santé.

E : Comment évalueriez-vous votre motivation à arrêter ? De 0 à 10 ? 0 étant l'absence totale de motivation et 10 la motivation la plus forte que vous pouvez imaginer ?

I : Oh oui ! Ma motivation était forte. Je ne veux pas dire 10, mais au moins 9.

E : Que pensez vous de la cigarette électronique ?

I : Ce n'est pas pour moi. Je voulais arrêter totalement de fumer.

E : Votre suivi était-il régulier ?

I : Tout a fait. Je suis allée à chaque rendez-vous pris. À chaque fois, ça me redonnait confiance en moi. Ça faisait du bien. J'en ressortais plus détendue.

E: Comment évaluez-vous votre prise en charge globalement, avantages et inconvénients ?

I : Le service addictologie, j'avais déjà essayé avec le Docteur R. tabacologue. Ce n'est pas lié aux personnes, mais plus aux méthodes. J'avais repris. C'était déjà après le décès de mon mari. La motivation n'était pas présente à ce moment. J'ai recontacté le pôle en demandant s'il y avait moyen d'arrêter de fumer avec l'hypnose.

J'avais vu une émission à la télé, puis j'ai lu des bouquins dessus. C'est là que l'on m'a orientée vers Mme P. C'est l'hypnose que je cherchais.

Un avantage aussi, c'est que je n'ai pas pris de poids. L'image de soi, c'est important. Il y a quelques années, quand je reprenais du poids, je reprenais la cigarette. Mon gamin a pris dix kilos.

La fumée que l'on aspire, qui nous remplit les poumons, ça comble un vide. J'ai tout de même eu un moment où je comblais le vide avec une tablette de chocolat et un paquet de gateaux.

J'ai lu un livre sur l'hypnose, où le médecin, l'auteur, évoquait le fait qu'on ne développe pas assez l'hypnose positive. On cherche plus une aversion au tabac.

Je n'y ai vu presque que des avantages.

La distance, d'ici, il fallait que je sorte la voiture, mais c'était la moindre chose, quand on s'engage dans un traitement.

Le fait d'avoir un rendez-vous pour une étape suivante, que ça ne soit pas en une seule fois, ça motive à tenir.

En temps que bénévole, j'ai beaucoup d'activité, mais le service est souple. Je pouvais changer de jour et d'heure dans la semaine en fonction de mes obligations. Et si

j'avais un empêchement, je pouvais passer par le secrétariat pour changer la date.

E : Des inconvénients ?

I : Je n'en vois pas... Euh, c'est peut être lié à mon besoin. Je n'ai jamais cherché à arrêter avec des patchs ou des gommes. J'ai besoin de la parole. J'ai besoin de mettre en mots. J'ai besoin d'avoir un interlocuteur en face de moi. Déjà, je prends peu de médicaments. C'est ma nature. Mon médecin traitant me connaît. C'est même une chose qu'il faut combattre chez moi. Je fais du yoga depuis 25 ans. J'ai donc une facilité à me concentrer sur moi-même, bien que je ne pratique pas la méditation. Ce qui fait que j'allais plus vers cela, une recherche d'introspection.

Après, c'est vrai que je suis repartie la première fois avec des pastilles de nicotine. Et quand je suis rentrée, ça m'a bien aidée. Je gardais le côté oral.

Mon fils, lui, a arrêté parce que c'était loin, que ça lui prenait du temps entre le travail et les enfants. Il a reperdu un peu le poids qu'il avait pris, mais pas la totalité. Son médecin traitant l'a pas trop guidé. Il a essayé le ZYBAN il y a quelques années. Dernièrement, il a acheté une boîte de patchs à

80 euros, mais le prix, c'est pas un problème pour lui.

E : Vous avez été suivie sur l'hôpital. Auriez-vous souhaité un suivi en dehors de l'hôpital ? Quelles suggestions pourriez-vous formuler pour améliorer la prise en charge ?

I : Pour moi, non. Par rapport à d'autres, par exemple pour mon fils, je dirais peut être que les services se multiplient dans la ruralité. C'est la ruralité qui gêne dans notre département.

J'ai trouvé après, que finalement on n'était pas très informé de l'existence même du service d'addictologie. Si je suis allée la première fois vers le docteur R, c'est parce que je la connaissais quand je travaillais encore. Pour moi, c'était un parent d'élève. C'est par mon métier que j'ai connu cela, mais le service, je ne connaissais pas vraiment.

En même temps, je ne bois pas, je ne me drogue pas.

E : Votre médecin traitant était-il impliqué ? L'implication de votre médecin traitant a-telle eu un impact ?

I : J'allais vous en parler d'une autre façon. Je trouve que les médecins généralistes s'occupent fort peu du tabagisme. Peut-être

parce que je ne fumais pas trop ? Peut-être parce que je n'ai jamais eu de problèmes de santé ? Je ne faisais pas de bronchite chronique. J'ai une santé de fer. En tout cas, par exemple, depuis l'expérience sous hypnose, j'ai dit à mon médecin traitant que j'avais arrêté de fumer. Elle n'a pas relevé. J'ai trouvé ça surprenant.

J'ai déménagé en 2008 après avoir vendu ma maison qui était trop grande pour moi. J'ai donc changé de médecin traitant. Le médecin traitant avant, qui m'a fort bien épaulé dans l'accompagnement et les premières années suite au décès a toujours mis le tabac de côté. Il m'a dit parfois : « vous verrez ça plus tard. Il faut pour le moment tenir le coup ».

Et aussi par rapport à papa, qui est mort d'un cancer du larynx, jamais il n'y a eu la question du médecin traitant sur le tabac.

Après, j'avoue que je ne suis jamais allée voir le médecin juste pour arrêter de fumer. Je le vois trois fois par an parce que j'ai été opérée de la thyroïde. Mais s'il m'avait dit : « écoutez, on va reprendre rendez-vous pour en parler tranquillement et prendre

le temps », je pense que je l'aurais fait. Et j'aurais probablement arrêté plus tôt. C'est dommage que mon médecin n'ait pas abordé la question.

Mon fils, qui lui se bat pour arrêter de fumer, me dit : « je ne vais plus voir le médecin traitant. Ils ne savent que prescrire des patchs et des trucs comme ça... » Donc il cherche quelque chose d'autre.

E : Et ou en est votre consommation de tabac actuellement ? Comment envisagez-vous votre prochain essaie de sevrage, si nécessaire ?

I : J'ai complètement arrêté, sauf aux dix ans de la mort de mon mari. C'est un moment que je voyais arriver. C'est un moment où on se dit que c'est bien vrai qu'il ne reviendra plus.

Le lendemain, j'ai racheté un paquet de cigarettes. J'en ai fumé 2. J'ai rejeté le paquet après.

Mme P m'a dit que je pouvais rechuter, que je pouvais revenir si besoin. Je suis repassée par l'auto-hypnose. Donc je me suis dit que ce n'était pas la peine de reprendre un rendez-vous.

Entretien 10

Patient suivi au Centre Hospitalier Général de Bar-le-Duc

E : La première question est pour faire connaissance. Quel âge avez vous ? Que faites-vous comme travail ? À quel âge avez-vous commencé à fumer ? Votre entourage était-il fumeur ? Quel tabac, quelle quantité fumiez-vous ?

I : J'ai 34 ans. Je suis cuisinier. J'ai fumé ma première cigarette à 14 ans, parce que mes amis commençaient à fumer. À la maison, mes parents fumaient. Je fumais des blondes.

E : Comment évalueriez-vous votre dépendance à cette époque ? De 0 à 10 ?

I : Ma dépendance physique n'était pas trop forte, mais ma dépendance psychologique l'était.

E: Aviez-vous déjà essayé d'arrêter avant ? Et comment ?

I : J'ai essayé à de nombreuses reprises, 4 ou 5 fois. Mais je n'étais pas aussi déterminé que la dernière fois. Le plus, j'étais arrivé à 6 mois avec une cigarette de temps en temps. Ce n'était pas vraiment un arrêt, mais une bonne réduction.

E: Aviez-vous ou avez-vous d'autres consommations de toxiques ?

I : Oui. J'ai consommé de l'alcool et du

cannabis, mais j'ai arrêté avant de me sevrer en tabac.

E : Quelle a été votre motivation pour consulter une infirmière addictologue ?

I : Ma mère avait arrêté de fumer. Mes amis fumaient de moins en moins. La santé comptait aussi. J'ai trois enfants et j'ai envie de les voir grandir. Avant, c'était plus financier. Surtout que j'ai un passé qui n'était pas très clean.

J'avais essayé par moi-même avec les patchs en automédication. Et je faisais un peu n'importe quoi. J'ai aussi essayé l'acupuncture, l'hypnose. Après je me suis tourné vers l'infirmière. Elle m'a redonné des patchs en m'expliquant comment les utiliser correctement.

E : Comment évalueriez-vous votre motivation à arrêter ? De 0 à 10 ? 0 étant l'absence totale de motivation et 10 la motivation la plus forte que vous pouvez imaginer ?

I : J'étais bien motivé. J'étais à 8/10.

E : Que pensez-vous de la cigarette électronique ?

I : Je travaille dans un lycée. Je vois des gamins qui se trimballe avec ça. J'ai plus

l'impression que c'est un accessoire. Pour moi, c'est pas une aide pour se sevrer du geste.

E : Votre suivi était-il régulier ?

I : Je suis allé à chaque rendez-vous, jamais de loupé.

E : Comment évaluez-vous votre prise en charge globalement, avantages et inconvénients ?

I : Je prenais mes rendez-vous sur l'hôpital le midi. Je bosse sur Bar-Le-Duc. C'était pratique pour moi. J'avais un accord avec Mme P qui pouvait me caler des rendez-vous entre l'heure.

Le seul truc qui me faisait bizarre, bon moi, c'était pour le tabac, mais la salle d'attente était au milieu de tout le monde. Je trouvais cela un peu gênant. Je me mets à la place.

Moi, j'ai consommé des stupéfiants. J'ai fréquenté les CENTR'AID. Je trouvais ça plus intime. Là, c'était plutôt la porte ouverte...

J'ai pu voir la psychologue et faire des séances d'hypnose aussi, en plus de l'infirmière.

E : Si on vous avez proposé une prise en charge en ville, plus proche de chez vous, auriez-vous souhaité ce suivi ?

I : Je n'aurais peut être pas pu voir la psychologue aussi. Avec l'hôpital, on rentre plus dans un système avec

une obligation. On sent qu'il y a une enveloppe autour, un soutien.

E : Quelles suggestions pourriez-vous formuler pour améliorer la prise en charge ?

I : La salle d'attente, déjà. A part ça, c'était bien. Je n'ai rien à redire.

E : Votre médecin traitant était-il impliqué ? L'implication de votre médecin traitant a-telle eu un impact ?

I : J'avais déjà été le voir quelque temps avant pour envisager d'arrêter. Il a donc été au courant que j'avais arrêter et que j'avais repris. Il l'a mis dans son dossier. J'y vais régulièrement, avec les gamins. Il me demande où j'en suis. Ça motive à poursuivre l'arrêt.

Mais avant que j'aie le voir pour envisager d'arrêter, il ne m'en avait pas parlé. Peut être que s'il m'avait conseillé d'arrêter, je me serais posé la question un peu plus tôt.

E : Et ou en est votre consommation de tabac actuellement ? Comment envisagez-vous votre prochain essaie de sevrage, si nécessaire ?

I : Pour le moment, j'ai stoppé toute consommation de tabac. Si je reprends un jour, je reprendrais le suivi à l'hôpital, je pense.

Entretien 11

Patient suivi au Centre Hospitalier Général de Bar-le-Duc

E : Pour faire un peu connaissance, parlez-moi de vous : âge, travail, et de votre passé de fumeur. À quel âge avez-vous commencé ? Votre entourage était-il fumeur ? Quel tabac, quelle quantité fumiez-vous ?

I : J'aurais 64 ans en fin d'année. Je suis retraité. J'étais ouvrier d'usine. J'y suis rentré à l'âge de 18 ans. C'est là que j'ai commencé à fumer, vers l'âge de 20 ans. Mon entourage proche était fumeur au début.

Aujourd'hui, mes enfants sont fumeurs, mais on ne fume pas à la maison. J'ai du mal à leur faire la morale. J'ai un frère qui a fait un cancer des sinus. J'ai une frangine qui a fait des polypes au niveau de la gorge. Elle m'a dit d'arrêter, mais je ne l'ai pas fait. Je ne veux pas jouer les rabats joies. Je les vois fumer, ça m'ennuie. Je ne peux pas dire le contraire. La seule chose que je leur dis, c'est d'essayer d'arrêter quand vous n'êtes pas obligé. Quand vous êtes obligés mais que vous n'avez pas envie, comme ça était mon cas, c'est pas drôle.

E : Quel tabac et quelle quantité avez-vous fumé au maximum ?

I: Je dirais... En usine, c'était matin, après midi et nuit. Je fumais 1 paquet et demi. Après, quand j'ai fait ma déprime il y a 15 ans, j'ai pris pas mal de médicaments. J'ai essayé les cigarettes tubées. Finalement, quand j'ai arrêté de fumer avec des patchs à 20, c'était dur.

C'est tout de même que je fumais pas mal.

Quand je suis passé en retraite, je fumais moins. Je fumais quand j'étais tracassé. Je suis un peu du genre tracassin. (rire)

E : Comment évalueriez-vous votre dépendance à cette époque ? De 0 à 10 ?

I : Forte. Ça a été dur même avec les patchs.

E : Aviez-vous déjà essayé d'arrêter avant ? Et comment ?

I : Jamais. Je n'en voyais pas l'intérêt.

E : Aviez-vous ou avez-vous d'autres consommations de toxiques ?

I : Il y avait l'alcool : un verre de whisky, voir deux les weekend quand quelqu'un vient. A part ça, il n'y a rien eu d'autre.

E : Quel a été votre motivation pour consulter une infirmière addictologue ?

I : J'étais pas bien. Quand j'ai arrêté de fumer, ça faisait 41 ans de tabac. Ça ne me faisait rien. Le problème, je ne sais pas si j'avais envie de fumer, ou si c'était la dépendance aux médicaments, mais je n'étais pas bien. J'ai mis le patch, mais c'était pour me dire que. Il me fallait autre chose.

Ils se sont aperçus que je faisais de l'emphysème. Un jour, c'était le premier novembre 2013, j'étais chez un de mes fils. Ils ont deux chats. Il y avait des poils un peu partout. J'ai passé une nuit horrible. J'ai fait une crise d'asthme. C'est de là que j'ai pris des rendez-vous avec le pneumologue et l'allergologue. Ils ont vu que j'avais de l'emphysème. Un soir, je revenais de l'allergologue, j'étais pas bien. Je suis allé aux urgences, pas très bien reçu. Ils ont fait un prise de sang. Il m'ont gardé la nuit. Le lendemain, l'urgentiste est venu me voir. Il m'a dit que

mon taux d'oxygène était bas. Je devais avoir quelque chose. J'ai fait un scanner thoracique qui a vu l'emphysème. A ce moment, je ne fumais plus. Je n'en ressentais plus du tout l'envie.

Après, j'ai eu des problèmes de dos. Et là, j'ai refusé pendant 52 jours.

E : Comment évalueriez-vous votre motivation à arrêter ? De 0 à 10 ? 0 étant l'absence totale de motivation et 10 la motivation la plus forte que vous pouvez imaginer ?

I : Je n'avais pas envie quand j'ai arrêté. Mais quand j'ai repris, il fallait que je fasse quelque chose. Ma motivation était modérée, 6 sur 10.

E : Que pensez-vous de la cigarette électronique ?

I : On me l'a proposé, mais je n'ai pas voulu. Pour moi, fumer c'était ma cigarette. C'était ma clope. Je buvais mon petit whisky, dans la remise le soir. C'était mon petit quart d'heure. Et quand j'ai dû arrêter à cause de mon emphysème, si je refume, c'est la cigarette, pas la e-cigarette.

E : Votre suivi était-il régulier ?

I : Au début 2 fois par semaine

pendant 3 à 4 semaines, puis une fois par semaine pendant 3 semaines, puis une fois tous les 15 jours. On a espacé progressivement. On prend l'habitude de venir. Moi, j'avais besoin de quelqu'un pour m'aider. Là, on se dit que l'on n'a plus quelqu'un pour nous tenir la main. C'est une image. C'est déroutant.

E : Comment évaluez vous votre prise en charge globalement, avantages et inconvénients ?

I : J'aimais bien les discussions que l'on avait. Elle me donnait de petits challenges.

L'avantage de l'hôpital, c'est que lorsque je suis allé chez le cardiologue à l'hôpital, je suis passé devant le service d'addictologie. La veille, j'avais acheté un paquet de cigarettes. J'ai pensé à l'infirmière. J'ai jeté le reste du paquet.

Elle m'a redonné confiance dans les blouses blanches.

Elle ne m'imposait rien. En juillet, elle m'a dit que j'avais le temps, mais qu'en décembre je devrais arrêter.

Sur les locaux, je trouvais déroutant de voir arriver les ambulances, parfois des jeunes menottés.

Le service manque de communication peut être. On n'entends pas trop parler du service.

J'ai orienté mon neveu vers le service de Bar-Le-Duc. Ça m'a même aidé. Je me comparais à lui. Est-ce qu'il a repris ? Il ne faut pas que je reprenne. Et lui aussi, il faisait ça. C'est stimulant de se comparer, même si on se voyait que de temps en temps.

E : Vous avez été suivi sur l'hôpital, or il existe une prise en charge dans la ville où vous habitez. Auriez-vous souhaité ce suivi ?

I : J'ai voulu, mais les délais étaient trop long. Comme je n'étais pas bien, ma fille a dit : « non, on va pas attendre. On va voir sur Bar-Le-Duc. » Elle connaissait le service. Elle a pris le rendez-vous plus tôt.

E : Quelles suggestions pourriez-vous formuler pour améliorer la prise en charge ?

I : Qu'il y ait moins de gens qui fument à proximité. Il y avait pas mal d'infirmière qui descendaient des étages pour fumer à l'entrée des ambulances. Dur de résister. Je me disais qu'ils avaient de la chance. Maintenant, je gère mieux de voir les autres fumer.

J'ai pris un peu de ventre. On se préoccupe pas forcément de la prise en charge du bois.

E : Votre médecin traitant était-il impliqué ? L'implication de votre médecin traitant a-telle eu un impact ?

I : Quand j'ai fait ma déprime, c'est lui qui m'a aidé. Je ne veux pas trop en parler. Je ne veux pas dire qu'il est mauvais.

Il ne m'a pas proposé avant d'arrêter. Si mon médecin m'en avait parlé, avec ce qui est arrivé à mes frères et soeurs, je me serais posé la question plus tôt. Mais il fallait que je sois pas bien, je pense, pour me motiver réellement.

J'ai changé de médecin. Mon

nouveau médecin prend plus son temps. La consultation prend 20 minutes. Avec mon précédent médecin, c'était plus proche des 5 minutes.

E : Et ou en est votre consommation de tabac actuellement ? Comment envisagez-vous votre prochain essai de sevrage, si nécessaire ?

I : Ça va faire un an que je ne fume plus. Je n'ai plus envie de cigarette. J'espère ne pas reprendre le tabac. Si jamais c'était le cas, j'irais revoir l'infirmière sur Bar-Le-Duc.

VU

NANCY, le 23 février 2016
Le Président de Thèse

Professeur François PAILLE

NANCY, le 1^{er} mars 2016
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9088

NANCY, le 1^{er} mars 2016

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,
Par délégation la Directrice Générale des Services Adjointe

Edwige HELMER-LAURENT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Le tabagisme en France reste important. Les politiques de santé actuelles cherchent à réduire son importance. Le sevrage passe par un suivi, où le recours à une infirmière tabacologue a montré son efficacité. Sur le Sud meusien, il existe une prise en charge en milieu hospitalier et une consultation avancée de tabacologie, dépendant des CSAPA, ramenée plus proche des patients. Quels sont les déterminants orientant les patients dans l'une ou l'autre des modalités de suivi ?

Méthode : Cette question a été étudiée dans une enquête qualitative comparative. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés, après échantillonnage, auprès de 6 patients suivis en consultation de proximité et 5 patients suivis dans un cadre hospitalier, entre mai 2013 et décembre 2014.

Résultats : La motivation au début d'un sevrage tabagique était principalement centrée sur les problèmes de santé. Le conseil d'arrêt par un professionnel de santé avait poussé certains patients à consulter pour un sevrage. Les deux modes de suivi étudiés proposaient des avantages communs améliorant et standardisant la prise en charge sur les recommandations, ainsi que des avantages propres à chacun. Ces avantages résultaient de leur organisation et fonctionnement, différents par nature. De même, des inconvénients apparaissaient, pouvant freiner la motivation à débiter et à suivre un sevrage. L'absence d'adhésion au suivi infirmier était le premier obstacle. Des suggestions ont été faites, avec en premier, la possibilité de recours à d'autres techniques de sevrage, ainsi qu'une prise en charge plus globale intégrant un suivi diététique et l'implication du médecin traitant.

Conclusion : Les deux modes de suivi sont complémentaires et permettent de répondre aux attentes souvent différentes des multiples profils de patients. Ces réponses restent parfois que partielles. Des améliorations sont encore envisageables. Le médecin traitant doit prendre une place dans ce processus.

TITRE EN ANGLAIS

Perception by the patient of smoking cessation with use of convenience nursing intervention in comparison with an initial hospital follow-up

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2016

MOTS CLEFS

tabagisme ; aide au sevrage ; infirmière tabacologue ; suivi de proximité ; prise en charge hospitalière ; étude qualitative

INTITULÉ ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
