

UNIVERSITE PAUL SABATIER – TOULOUSE III

Faculté de Médecine Toulouse-Rangueil

Année Universitaire 2021 – 2022

MEMOIRE

En vue de l'obtention du

Diplôme Inter-Universitaire de Tabacologie

Evaluation d'un programme d'éducation

thérapeutique du patient fumeur :

L'expérience du STEP

Présenté par

TADIOTTO Aude

Infirmière

19 Avenue Grande Borde, 31750 Escalquens

_audesto@gmail.com

Directeur de Mémoire :

Dr GALERA Olivier

Juin 2022

Remerciements

Tout au long de cette année de formation et d'élaboration de mon mémoire, de nombreuses personnes m'ont aidée, soutenue et accompagnée. Je tiens à remercier tout particulièrement :

- Mon directeur de mémoire et médecin fondateur du STEP :
Dr Olivier Galera.
Ce grand MERCI que vous exprimez aux patients, je vous l'adresse pour votre soutien, votre motivation, votre implication. Merci pour votre approche bienveillante du sevrage tabagique que vous transmettez avec conviction et professionnalisme aux patients, aux collègues et à moi même !
- Amandine, Christine, Djamila et Kader qui par leur implication, leur savoir-faire participent à l'efficacité, au dynamisme et à l'évolution du STEP ;
- Christine, pour sa collaboration dans la réalisation de ce projet ;
- Ma direction, qui m'a donné les moyens d'effectuer ce Diplôme Inter-Universitaire de Tabacologie ;
- Dr Audrey Rabeau, pour m'avoir intégrée au sein de la formation du DIU de Tabacologie de l'Université de Toulouse ;
- Tous les responsables du DIU de Tabacologie et leurs collègues qui ont dispensé un enseignement très enrichissant, me permettant de progresser dans ma formation ;
- Mes filles et mon mari, personnes ressources qui m'ont permis de garder confiance grâce à leur soutien, à leur patience et à leur compréhension...

Liste des abréviations

AP : Activité Physique

ASAM : American Society of Addiction Medicine

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CDT : Consultation De Tabacologie

CWS : Cigarette Withdrawal Scale

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAD: Hospital Anxiety and Depression

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PA: Paquet Année

PNNS: Plan National Nutrition Santé

SSR: Soins de Suite et de Réadaptation

STEP : Sevrage Tabagique Éducation Prévention

TCC : Thérapies Comportementales et Cognitives

TSN : Traitement de Substitution Nicotinique

Glossaire

Craving : Besoin irrépressible de consommer. Le craving est un symptôme de la dépendance.

Ex-fumeur : Personne qui a fumé par le passé, que ce soit occasionnellement ou quotidiennement, mais qui déclare ne pas fumer au moment de l'enquête (1).

Fumeur occasionnel : Individu déclarant fumer mais pas quotidiennement (1).

Fumeur quotidien : Individu déclarant fumer tous les jours ou déclarant un nombre de cigarettes consommées (manufacturées ou roulées), de cigares, de cigarillos ou de chicha par jour (1).

Faux pas : Prise isolée de tabac chez un sujet abstiné dans une démarche d'arrêt. On distingue le faux pas (lapse en anglais) de la rechute (relapse en anglais) par le fait que le faux pas est ponctuel (2).

Rechute : Reprise non souhaitée de l'usage quotidien après une période d'abstinence volontaire dans le cadre d'une tentative d'arrêt (2).

Résumé

Introduction : Le tabagisme, à l'origine d'une addiction très répandue en France, induit une importante mortalité. Le STEP (Sevrage Tabagique Education Prévention), programme d'Education Thérapeutique du Patient fumeur (ETP) aide et accompagne les fumeurs dans leur démarche pour se libérer du tabac. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'un tel programme en mesurant l'abstinence des patients à un an.

Méthode : Une étude rétrospective a été menée sur les fumeurs ayant suivi le STEP, il y un an, dans la région toulousaine. Les patients ont été invités à répondre, en ligne, à un questionnaire auto-administré.

Résultats : Au total, 41 fumeurs ont été recrutés, avec en majorité : des femmes, un âge supérieur à 55 ans et actifs. Ils expriment une très forte motivation (78%), une anxiété certaine (44% avec HAD Anxiété ≥ 11) et les femmes semblent moins abstinentes que les hommes à long terme (56% vs 67%). La moitié de la population du STEP correspond à de gros fumeurs dépendants. A la fin du STEP, 71% des patients ont un dosage en nicotine transdermique supérieur à 21 mg et 93% ont des formes nicotiques combinées. 23% des fumeurs rechutent à cause d'un arrêt du traitement nicotinique. L'observance du protocole de décroissance de la substitution nicotinique entraîne pour 74% des patients, l'ayant effectué, une abstinence tabagique et pour 79% des ex-fumeurs de faibles symptômes de manque. Parmi les ex-fumeurs, 54% mentionnent une amélioration de leur qualité de vie, 38% conservent un poids relativement stable et, parmi ceux ayant effectué une activité physique, 56% n'ont pas pris de poids. A 1 an, le taux de sevrage tabagique des patients ayant participé au STEP est de 58.54%.

Conclusion : Les TSN, la prise en charge psychologique, nutritionnelle et sportive sont adaptées à chaque patient. Le programme d'ETP, le STEP, favorisant l'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation, permet aux fumeurs de comprendre leur pathologie, d'adhérer au traitement et de maintenir le sevrage tabagique à long terme. Des programmes d'ETP du patient fumeur devraient être développés sur le territoire national.

Table des matières

1- Introduction	1
2- Matériel et méthodes	2
2.1- Le type d'étude	2
2.2- La population concernée	2
2.3- Le questionnaire	3
2.4- L'analyse des données	3
2.5- Les limites et biais de cette étude	3
3- Les résultats	4
3.1- La participation	4
3.2- La population étudiée	5
3.3- Le sevrage tabagique à 1 an	7
3.5- Sevrage tabagique et e-cigarette	9
3.6- Sevrage tabagique, variation pondérale et activité sportive	9
3.7- Sevrage tabagique et qualité de vie	10
3.8- Sevrage tabagique et entourage des patients	11
3.9- Sevrage tabagique et rechute ou faux-pas	13
3.10- Sevrage tabagique et co-addictions	14
3.11- Sevrage tabagique et craving	14
3.12- Sevrage tabagique du STEP	16
4- Discussion	17
5- Conclusion	26
BIBLIOGRAPHIE	28
ANNEXES	

1- Introduction

Le tabagisme constitue, dans le monde entier, un problème de santé publique. En France, il est la 1^{ère} cause de mortalité prématurée évitable. Cette mortalité, attribuable au tabagisme, a été estimée à 75 000 décès en 2015 (1). La Haute Autorité de Santé (HAS) estime qu'un fumeur régulier sur deux mourra d'une maladie liée au tabac (2). Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué en France ces dernières années, elle compte encore 24% de fumeurs quotidiens en 2019 (1).

Nous entendons encore, malheureusement, ces petites phrases : « *Arrêter de fumer, ce n'est qu'une question de volonté* », « *Moi, j'ai arrêté tout seul, il suffit de le vouloir* » ... Sans malveillance volontaire, ces paroles reposent sur des idées reçues, de fausses croyances et sur une ignorance de l'addiction et de la dépendance des fumeurs au tabac. Elles s'insinuent sournoisement, inlassablement et entraînent un regard culpabilisateur et moralisateur de la société sur les fumeurs... STOP !!!

En 2020, 29.9% des fumeurs quotidiens avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois (1). Mais le sevrage tabagique n'est pas qu'une question de volonté (3), loin de là...

La nicotine, inhalée lors de la combustion du tabac, vient se fixer, très rapidement (7 à 10 secondes), sur les récepteurs nicotiniques du cerveau, engendrant une libération de la dopamine (hormone du plaisir) et instaurant une dépendance. Pour la HAS, « Le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne » (2).

Le fumeur n'est pas coupable mais victime de sa dépendance au tabac !

Cette dernière est définie, depuis 2008, comme « une maladie chronique du cerveau impliquant le système de récompense » (2)(4). Il est majeur d'accompagner et d'aider les patients dans leur démarche pour se libérer du tabac et de traiter cette maladie chronique.

Pour Bertrand Dautzenberg, pneumologue, le traitement du sevrage tabagique « comprendra toujours une éducation thérapeutique, une prise en charge psychologique et des médicaments » (6) et pour le Dr Galera : « L'approche éducative de l'aide au sevrage tabagique semble susceptible d'aider une

majorité de patients fumeurs à arrêter de fumer, sans perte de moral et sans prise de poids. » (6).

Le STEP (Sevrage Tabagique Education Prévention) est un programme d'Education Thérapeutique pour le patient fumeur, basé sur les recommandations d'experts de la HAS qui recommandent une prise en charge pluridisciplinaire, où l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) occuperait une place prépondérante. A l'image d'une ETP du patient diabétique qui va l'aider à acquérir les compétences d'auto-soins relatives à son traitement par insuline, par exemple, le STEP accompagne et aide le patient fumeur pour qu'il soit acteur de sa santé et capable de gérer son traitement par nicotine.

Dans ce contexte, le but de notre étude est d'évaluer le maintien, à un an, du sevrage tabagique, chez les patients ayant participé au programme STEP. Les objectifs sont de démontrer si les compétences, acquises lors de l'ETP STEP, améliorent l'adhésion et l'observance des traitements de substitution nicotinique qui, lorsqu'ils sont correctement utilisés, permettent de se libérer du tabac sereinement et d'améliorer la qualité de vie du patient. Mais aussi si ces compétences entraînent un savoir-faire face aux situations à risque de rechute, engendrant le maintien de l'abstinence tabagique sur du long terme.

2- Matériel et méthodes

2.1- Le type d'étude

Le programme d'ETP STEP se déroule au sein de la Clinique de Réhabilitation cardio-vasculaire et pulmonaire de Saint Orens de Gameville.

Il est ouvert aux patients fumeurs non hospitalisés dans ce centre.

Cette étude rétrospective a été menée sur les personnes ayant suivi ce programme d'ETP.

2.2- La population concernée

Les critères d'inclusion des patients pour cette étude étaient :

- La validation, participation aux 3 demi-journées, du programme STEP (entre février 2020, début du STEP, et décembre 2021).
- Comprendre, lire et écrire le français.
- Avoir accès à internet, posséder une adresse mail et un outil informatique (ordinateur, téléphone, tablette).

- Avoir donné leur consentement pour participer à cette étude.

L'absence d'une adresse mail représentait le seul critère d'exclusion.

2.3- Le questionnaire

Cette enquête a duré un mois et demi, du 14 février au 28 mars 2022. Elle a été soumise aux patients, via un questionnaire auto-administré en ligne. Ce dernier était représenté par un Google Forms et a été partagé grâce à un lien (<https://forms...>) envoyé sur l'adresse mail des patients (*Annexe 1*).

Le temps de réponse a été estimé à 10 mn.

Ce questionnaire comprenait un avant-propos expliquant l'objectif de l'étude et le respect de la confidentialité des données recueillies.

Il contenait plusieurs parties :

- Le recueil du consentement : Si les patients ne souhaitent pas participer à l'enquête, ils cliquaient sur « non » et pouvaient envoyer le formulaire sans répondre.
- Des critères sociodémographiques (sexe, âge, statut professionnel, pathologies...).
- Des questions concernant le patient « avant » sa participation au STEP.
- Des questions concernant le patient « après » sa participation au STEP.

2.4- L'analyse des données

Nous avons envoyé le questionnaire à 220 fumeurs sur les 231 qui ont suivis les 3 demi-journées du STEP entre le 14 février 2020 et le 31 décembre 2021. Le formulaire Google Forms nous a permis de recueillir les réponses des patients. Nous les avons traitées et analysées grâce au logiciel Google Sheet. Ce dernier nous a aidé à combiner différentes données afin d'évaluer le résultat de notre objectif principal, soit : le sevrage tabagique à 1 an.

2.5- Les limites et biais de cette étude

Nous pouvons considérer comme une limite le fait que le questionnaire soit effectué en ligne (exclusion de 11 patients).

Nous avons reçu un message d'erreur de « non distribution du courriel » contenant le lien d'accès au questionnaire pour 5 patients. Certains mails ont été directement placés dans le dossier « des indésirables », et 2 personnes

ayant lu l'enquête, nous ont informés qu'elles n'arrivaient pas à la remplir. D'autres patients ont peut-être été dans le même cas.

Le caractère déclaratif de cette étude représente un biais :

- D'une part, nous n'avons pas pu vérifier le statut tabagique par le test du monoxyde de carbone expiré (COE), la mesure pondérale a été réalisée par les patients chez eux sans contrôle externe, l'adhésion à la prescription médicale n'a pas été évaluée par un suivi...
- D'autre part, parmi les 135 patients ayant rempli le questionnaire, trois fois plus de patients ex-fumeurs que de fumeurs quotidiens ont répondu dans les 15 premiers jours (44.4% vs 17.8%). Durant le dernier mois de l'enquête et après les avoir recontactés par mail, nous constatons que le nombre d'ex-fumeurs et de fumeurs quotidiens est sensiblement égal (15.6% vs 12.6%), suggérant une sous déclaration des participants n'ayant pas maintenu le sevrage tabagique à 1 an (*Tableau I*).

Tableau I : Nombre de réponses pour une période donnée et en fonction du statut tabagique.

	Ex- Fumeurs n=81	Fumeurs Occasionnels n=13	Fumeurs Quotidiens n=41	Total n=135
Réponses du 14/02/2022 au 28/02/2022	60 (44.4%)	7 (5.2%)	24 (17.8%)	91 (67.4%)
Réponses du 01/03/2022 Au 28/03/2022	21 (15.6%)	6 (4.4%)	17 (12.6%)	44 (32.6%)

3- Les résultats

3.1- La participation

Le questionnaire a été envoyé à 220 patients. Nous avons reçu 135 réponses. Le taux de réponse obtenu est de 61.4%. Ce résultat englobe les patients ayant participé au STEP sur 22 mois et se compose de 91 femmes et de 44 hommes.

Nous nous concentrerons sur l'objectif principal de cette étude qui est le sevrage tabagique à 1 an, c'est-à-dire avec les fumeurs ayant fini le STEP entre octobre 2020 et mars 2021, soit 41 personnes.

3.2- La population étudiée

Sur les 41 patients de notre enquête, 78% sont des femmes et 22% des hommes.

La majorité a plus de 55 ans (53.66%) et le plus grand nombre des participants sont des actifs (73.17%).

Dans la population étudiée, 43.90% des sujets ne déclarent aucune pathologie, contre 36,59% qui déplorent une maladie respiratoire et/ou cardiovasculaire. Des fumeurs ayant d'autres comorbidités avec le tabagisme (diabète, cancer, troubles psychiques) représentent 12.20%. Et 7.31% des personnes interrogées sont atteintes d'une pathologie différente.

Concernant la consommation tabagique, le COE moyen, mesuré chez les fumeurs lors de leur première demi-journée au STEP est de 20 ppm (parts par million).

Dans notre étude, deux patients sur trois (65.86%) fument au minimum 15 cigarettes par jour et le nombre moyen de Paquet Année (PA) correspond à 43.5. Ce dernier apparaît quasi identique chez les femmes et chez les hommes. La dépendance physique à la nicotine, évaluée avec le test de Fagerström, s'avère forte voire très forte pour 46.34% des patients et leur motivation, déterminée avec le test de motivation (Lagruet et Légeron) se révèle, pour plus des trois quarts d'entre eux (78.05%), très importante.

Grâce à l'échelle Hospital Anxiety and Depression (HAD), nous constatons que la population étudiée manifeste une symptomatologie douteuse (39.03%), voire certaine (43.90%), en ce qui concerne leur anxiété (2) et, environ les deux tiers (68.30%), ne semblent afficher aucun symptôme de dépression (2) (*Tableau II*).

Tableau II : Caractéristiques de la population étudiée

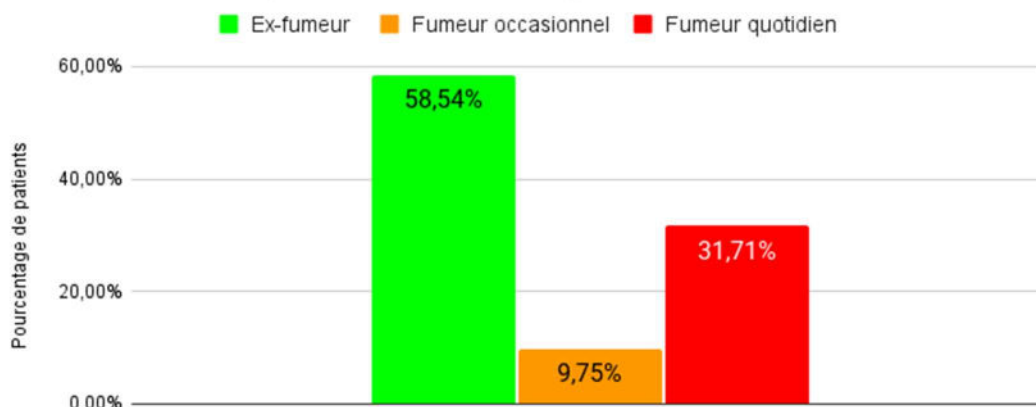
	Homme n=9 (22%)	Femme n=32 (78%)	Total général n=41 (100%)
Age			
26 - 40 ans	2 (22.22%)	1 (3.13%)	3 (7.32%)
41 - 55 ans	2 (22.22%)	14 (43.75%)	16 (39.02%)
56 ans et plus	5 (55.56%)	17 (53.12%)	22 (53.66%)
Situation Socio-professionnelle			
Actif	8 (88.89%)	22 (68.74%)	30 (73.17%)
Invalidité	0	5 (15.63%)	5 (12.20%)
Retraité(e)	1 (11.11%)	5 (15.63%)	6 (14.63%)
Pathologies associées			
Aucune	2 (22.22%)	16 (50%)	18 (43.90%)
Respiratoire / Cardio-vasculaire (parfois cumulée avec diabète, cancer ou troubles psychiques)	4 (44.45%)	11 (34.37%)	15 (36.59%)
Diabète, Cancer, Troubles psychiques	2 (22.22%)	3 (9.38%)	5 (12.20%)
Autres pathologies (dermatologie, endométriose, hypothyroïdie)	1 (11.11%)	2 (6.25%)	3 (7.31%)
Dimension tabagique			
Nombre moyen de Paquet Année	43.9	43.4	43.5
Nombre de cigarettes par jour			
≤10	3 (33.33%)	8 (25%)	11 (26.83%)
Entre 11 et 14	0	3 (9.38%)	3 (7.31%)
Entre 15 et 20	3 (33.33%)	14 (43.75%)	17 (41.46%)
≥21	3 (33.33%)	7 (21.87%)	10 (24.40%)
Taux de Monoxyde de Carbone Expiré (COE) moyen en ppm	19.6	20.2	20
Score moyen test de Fagerström (score/10) (2)			
- Entre 0 et 2 : pas de dépendance	0	3 (9.38%)	3 (7.31%)
- Entre 3 et 4 : dépendance faible	2 (22.22%)	8 (25%)	10 (24.40%)
- Entre 5 et 6 : dépendance moyenne	2 (22.22%)	7 (21.87%)	9 (21.95%)
- Entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte	5 (55.56%)	14 (43.75%)	19 (46.34%)

	Homme n=9 (22%)	Femme n=32 (78%)	Total général n=41 (100%)
Score moyen test de motivation (Laguerre et Légeron) (score/20)			
< 6 : faible motivation	0	0	0
- Entre 7 et 13 : motivation moyenne	5 (55.56%)	4 (12.50%)	9 (21.95%)
- > 13 : motivation élevée	4 (44.44%)	28 (87.50%)	32 (78.05%)
Score moyen échelle HAD (2) (Hospital Anxiety and Depression)			
- Anxiété (Score/ 21)			
• ≤7 absence de symptomatologie	2 (22.22%)	5 (15.63%)	7 (17.07%)
• 8 à 10 symptomatologie douteuse	4 (44.45%)	12 (35.5%)	16 (39.03%)
• ≥11 symptomatologie certaine	3 (33.33%)	15 (46.87%)	18 (43.90%)
- Dépression (Score/ 21)			
• ≤7 absence de symptomatologie	5 (55.56%)	23 (71.88%)	28 (68.30%)
• 8 à 10 symptomatologie douteuse	2 (22.22%)	5 (15.62%)	7 (17.07%)
• ≥11 symptomatologie certaine	2 (22.22%)	4 (12.50%)	6 (14.63%)

3.3- Le sevrage tabagique à 1 an

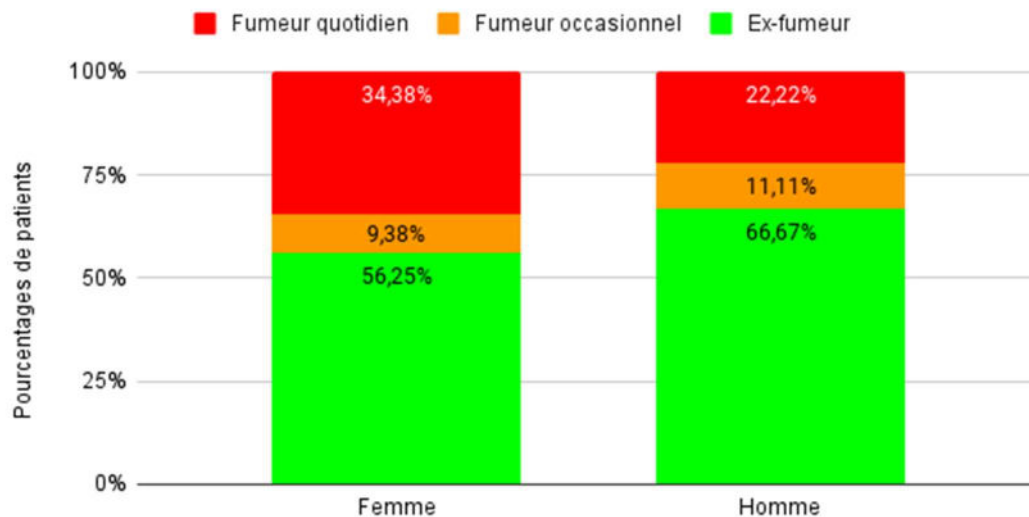
Le nombre de patients, étant entre 12 et 17 mois après leur dernière demi-journée STEP, est de 41 à la période de l'enquête. Il se compose de 24 ex-fumeurs (58.54%), 4 fumeurs occasionnels (9.75%) et 13 fumeurs quotidiens (31.71%) (*Figure 1*).

Figure 1: Statut tabagique des patients, entre 12 et 17 mois après la dernière demi-journée du STEP



Bien que les femmes soient majoritaires dans notre étude (32 femmes vs 9 hommes), elles sont moins abstinentes au tabac, à 1 an, que les hommes (56.25% vs 66.67%) (Figure 2).

Figure 2: Statut tabagique des patients en fonction du genre entre 12 et 17 mois

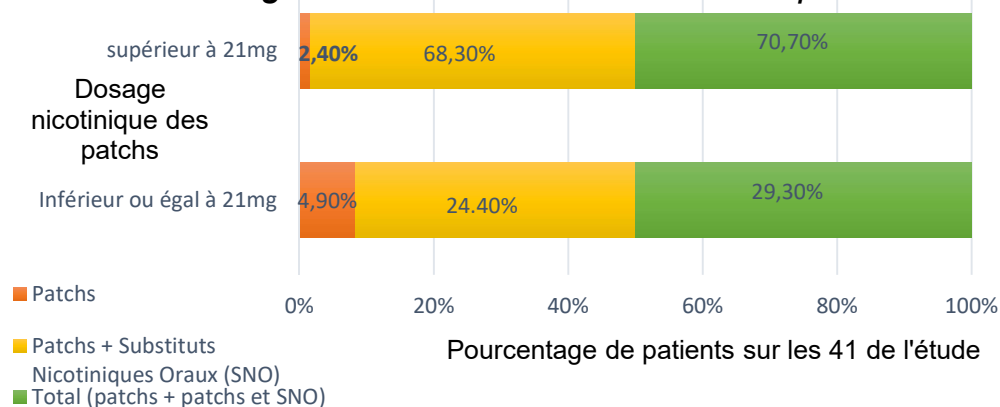


3.4- Sevrage tabagique et substitution nicotinique

Le sevrage tabagique est basé sur une prise en charge globale de la personne et sur un dosage efficace des substituts nicotiniques.

Sur les 41 patients ayant suivi le STEP et rentrant dans notre étude, 100% bénéficiaient de patchs nicotiniques à leur sortie et 92.7% avaient plusieurs formes galéniques associées. Environ les trois quarts des participants possédaient une dose de nicotine par patch supérieure à 21mg (70.7% vs 29.3%) (Figure 3).

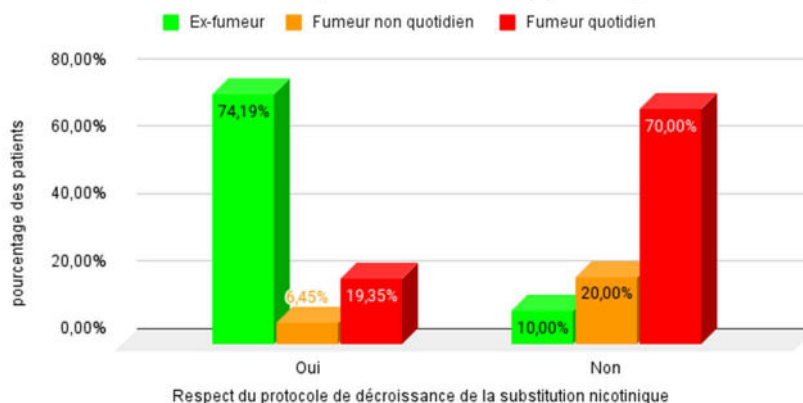
Figure 3: Traitement de sortie des patients



Parmi les 12 patients, dont le Traitement de Substitution Nicotinique (TSN) était inférieur ou égal à 21mg, 3 ont augmenté leur traitement après coup, reflet d'un sous-dosage.

Nous observons que les trois quarts des patients (74.19%) ayant effectué le protocole de décroissance des TSN sont des ex-fumeurs, alors que la quasi-totalité des sujets (90%), n'ayant pas suivi cette procédure, correspondent aux fumeurs quotidiens et occasionnels (*Figure 4*).

Figure 4: Corrélation entre le suivi du protocole de décroissance de la substitution nicotinique et le statut tabagique des patients



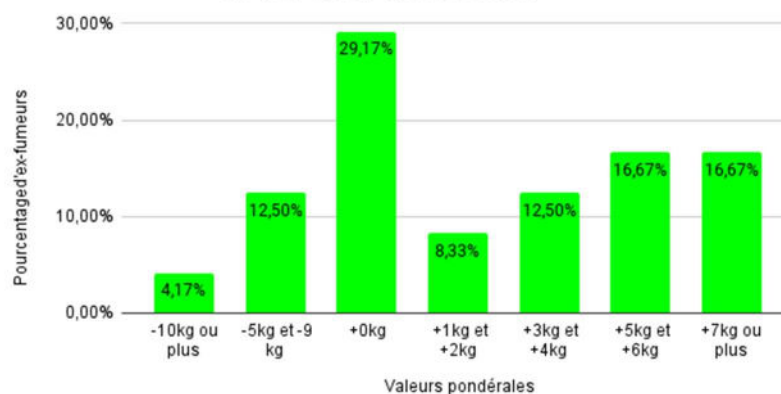
3.5- Sevrage tabagique et e-cigarette

Nous souhaitons comparer le pourcentage de fumeurs quotidiens et non quotidiens chez les utilisateurs d'e-cigarettes avec les ex-fumeurs. Compte tenu du peu de résultats (1 ex-fumeur et 3 fumeurs déclarent utiliser l'e-cigarette), notre étude serait non significative.

3.6- Sevrage tabagique, variation pondérale et activité sportive

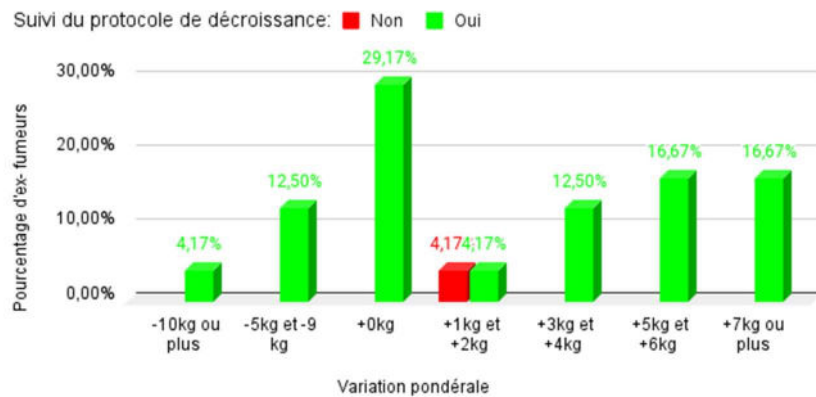
Sur les 24 ex-fumeurs de l'enquête, plus d'un quart (29.17%) n'ont pas pris de poids à 12 mois, voire 17 mois, de sevrage tabagique. Mais un tiers (33.34%) a constaté une augmentation pondérale de plus de 5kg (*Figure 5*).

Figure 5: Variation pondérale chez les ex-fumeurs, 12 à 17 mois, après le STEP



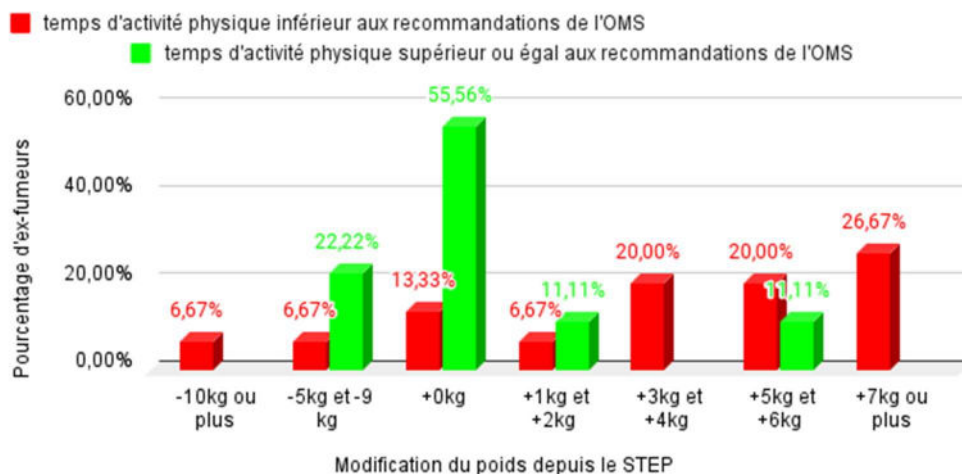
L'interprétation de la corrélation entre la variation pondérale des 24 ex-fumeurs et le suivi du protocole de décroissance des TSN n'est pas significative car un seul patient n'a pas respecté le rythme de décroissance de la substitution nicotinique (*Figure 6*).

Figure 6: Corrélation entre la variation pondérale des ex-fumeurs et le suivi du protocole de décroissance



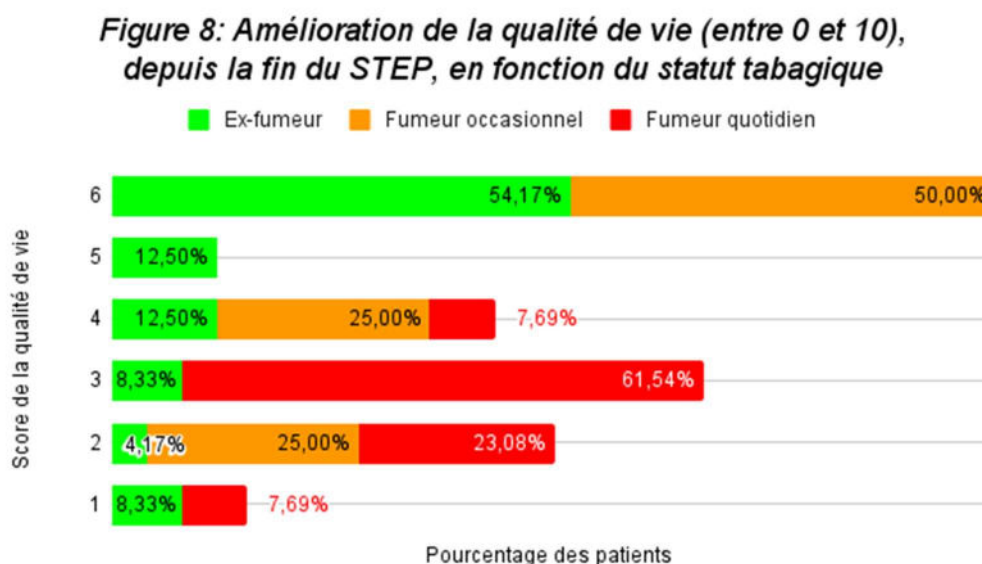
Si parmi les 9 ex-fumeurs pratiquant une Activité Physique (AP) conforme aux recommandations de l'OMS (2h30 par semaine minimum) (7), 66.67% conservent un poids stable (entre 0 et + 2 kg) et 11.11% majorent leur poids de 5 kg environ ; Parmi les 15 patients n'ayant pas effectué d'AP conforme aux recommandations de l'OMS, la majorité d'entre eux subissent une prise de poids de 3kg et plus (66.67%) (*Figure 7*). Prise de poids d'autant plus significative que l'activité est réduite.

Figure 7: Relation entre le temps d'activité physique effectué et la variation pondérale des ex-fumeurs



3.7- Sevrage tabagique et qualité de vie

Sur les 24 ex-fumeurs, nous constatons que la moitié (54.17%) perçoivent une légère amélioration de leur qualité de vie tant physique que psychologique (score à 6 sur 10) alors que sur les 13 fumeurs quotidiens, 61.54% n'éprouvent que peu d'amélioration (score à 3 sur 10) (*Figure 8*).



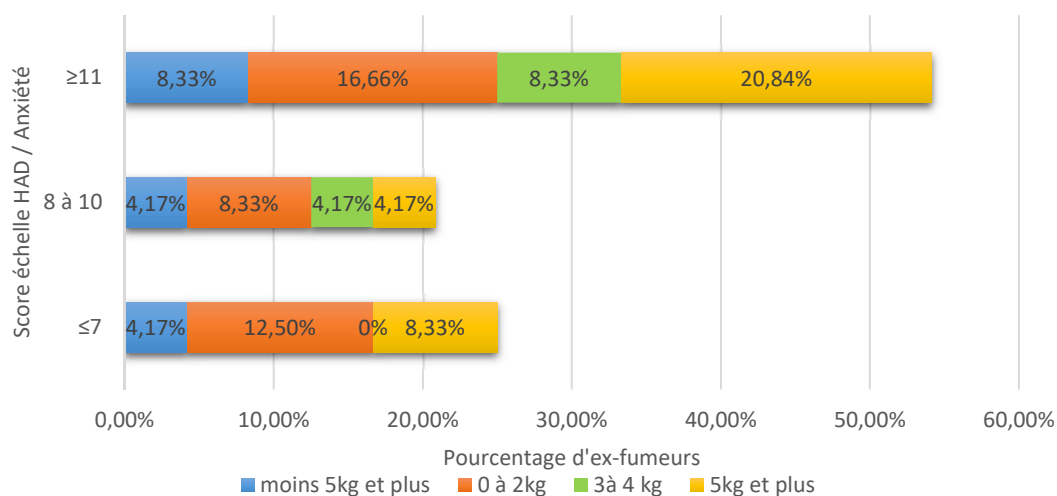
L'échelle « Cigarette Withdrawal Scale » (CWS), validée en français, évalue les symptômes du sevrage tabagique définis par la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). La CWS explore six dimensions : la dépression et l'anxiété, le besoin urgent de fumer, l'irritabilité et l'impatience, la difficulté de concentration, l'appétit et la prise de poids, les insomnies. Elle est composée de 21 questions. Ces dernières sont scorées de 1, pour « Absolument pas d'accord », à 5, pour « Tout à fait d'accord », le total étant sur 20 ou 15 en fonction des dimensions. Plus le score est élevé, plus les syndromes de sevrage sont intenses. D'après les réponses inscrites sur l'échelle CWS, les ex-fumeurs ne déclarent presque pas de symptôme ni pour la dépression et anxiété (87.7%), ni pour l'irritabilité (83.33%) (*Tableau III*).

Tableau III : Evaluation des symptômes du sevrage tabagique par l'échelle « Cigarette Withdrawal Scale » chez les ex-fumeurs

	Pourcentage	d'ex-fumeur
	<i>Score CWS ≤ 10</i> (Score sur 20)	<i>Score CWS ≥ 11</i> (Score sur 20)
Dépression / Anxiété	87.7%	12.5%
Irritabilité / Impatience	83.33%	16.67%
	<i>Score CWS ≤ 7</i> (Score sur 15)	<i>Score CWS ≥ 8</i> (Score sur 15)
Difficulté de concentration	100%	0%
Appétit et prise de poids	45.83%	54.17%
Insomnies	54.17%	45.83%

Parmi les 24 ex-fumeurs ayant un score HAD anxiété élevé, 20.84% ont majoré leur poids (*Figure 9*).

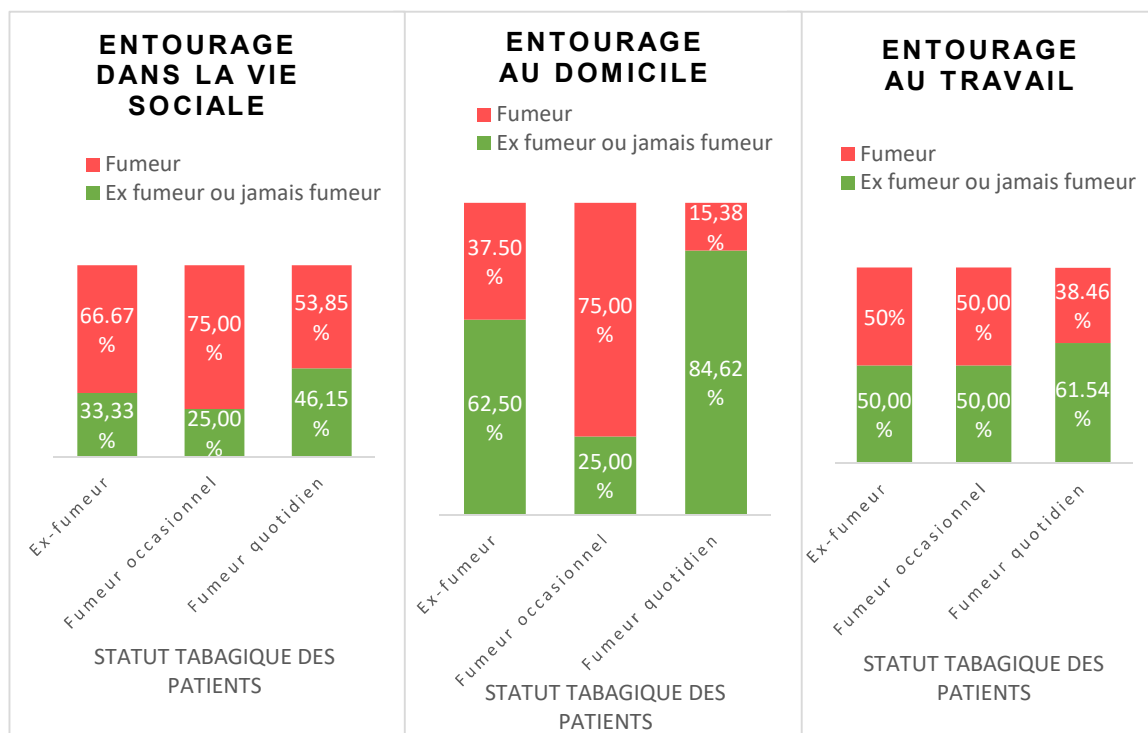
Figure 9: Corrélation entre le score de l'échelle HAD Anxiété et la variation pondérale des ex-fumeurs



3.8- Sevrage tabagique et entourage des patients

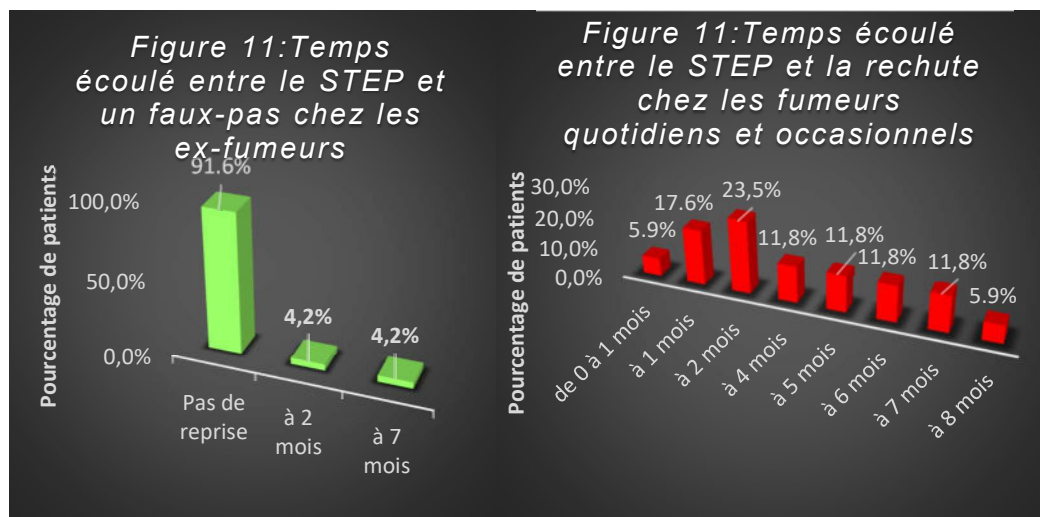
Une grande majorité des patients évolue au sein d'un environnement fumeur dans leur vie sociale (53.85% pour les fumeurs quotidiens à 75% pour les fumeurs occasionnels). Cependant les ex-fumeurs et les fumeurs quotidiens vivent avec un entourage non-fumeur au domicile (62.50% et 84.62%) (*Figure 10*).

Figure 10 : Relation entre le statut tabagique des patients du STEP et le statut tabagique de leur entourage dans la vie sociale, au domicile et au travail



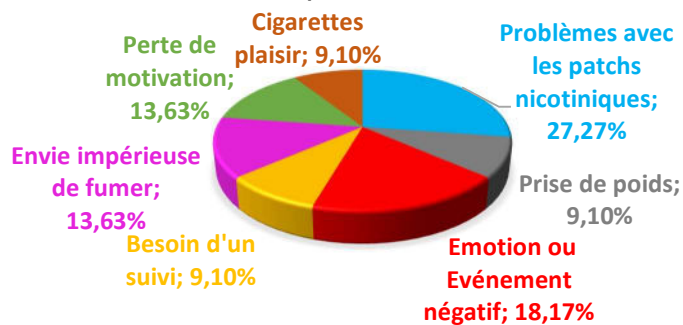
3.9- Sevrage tabagique et rechute ou faux-pas

A la question : « Combien de temps après la fin de votre programme STEP avez-vous repris le tabac », 22 ex-fumeurs sur 24 mentionnent zéro mois car ils n'ont jamais repris. Les deux autres signalent un « faux-pas » à 2 et 7 mois après le STEP, avant de stopper à nouveau leur tabagisme. Sur les 17 patients fumeurs quotidiens et occasionnels réunis, 100% des « rechutes » des fumeurs se sont produites dans l'année avec une majorité dans les 6 premiers mois (8) (Figure 11).



Sur les 19 participants déclarant avoir refumé, deux ont effectué un faux-pas soit pour une mauvaise observance du traitement, soit à cause de problèmes familiaux engendrant du stress. Certains fumeurs ont noté plusieurs causes à leur reprise tabagique, nous avons obtenu 22 réponses. Nous avons classé en sept catégories les raisons de la reprise du tabagisme pour les 17 fumeurs actuels : des problèmes avec les patchs nicotiniques (allergie, tachycardie...) et l'arrêt du traitement (27.27%), la survenue d'émotions ou d'évènements négatifs (18.17%), la perte de motivation (13.63%), la persistance de la dépendance physique avec des fortes envies de fumer (13.63%), le besoin d'un suivi après le STEP (9.10%), la prise de poids (9.10%), la « cigarette plaisir » (9.10%). (Figure 12).

Figure 12: Raisons des "rechutes" chez les fumeurs quotidiens et occasionnels



3.10- Sevrage tabagique et co-addictions

Bien que dans la littérature la reprise du tabac ait une forte corrélation avec la consommation d'alcool ou de cannabis (8), notre étude ne nous permet pas de le confirmer. En effet, que ce soit pour l'alcool ou le cannabis, leur consommation, au début du STEP, est plus élevée chez les ex-fumeurs que les fumeurs actuels : 54.17% vs 30.77% pour l'alcool et 8.33% vs 0 pour le cannabis (Figures 13 et 14).

Figure 13: Consommation d'alcool associée au tabagisme à la 1ère consultation au STEP

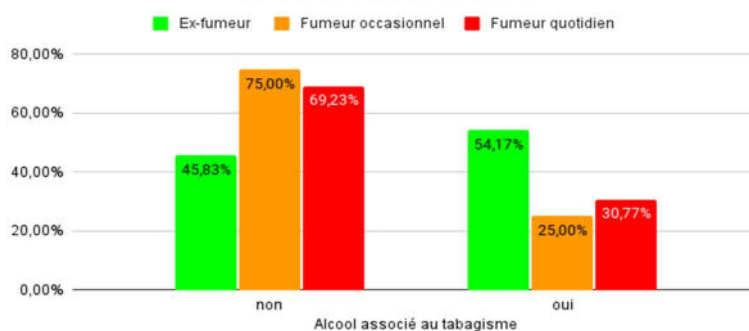
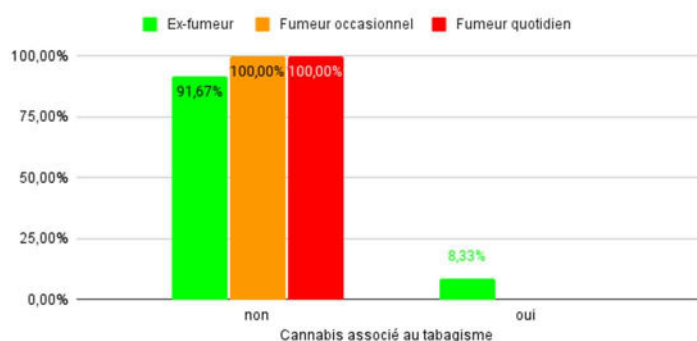


Figure 14: Consommation de cannabis associée au tabagisme à la 1ère consultation au STEP



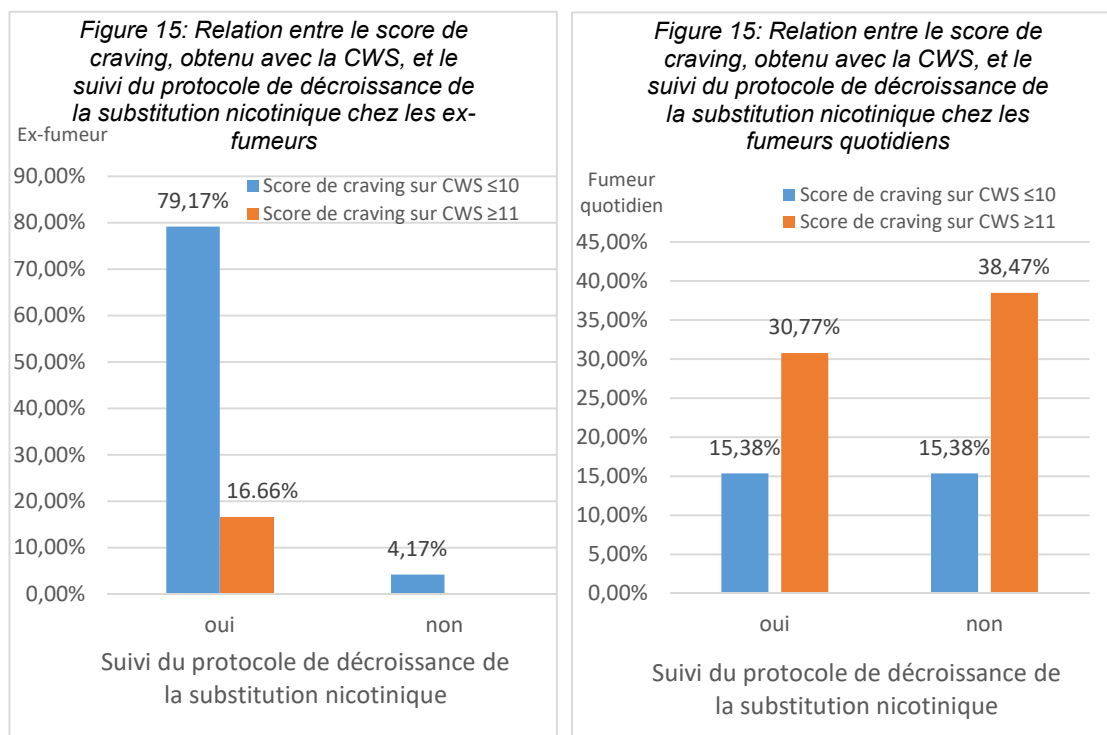
3.11- Sevrage tabagique et craving

Quatre items de l'échelle CWS s'intéressent au craving et le total est scoré sur 20. Parmi les 24 ex-fumeurs de l'étude, une grande majorité (83.33%) déclare un score à la CWS lié au craving inférieur ou égal à 7. Plus d'un patient sur deux (58.33%) ne ressent aucune envie impérieuse de fumer (score égal à 4). A l'inverse, pour les 13 fumeurs quotidiens le score est supérieur ou égal à 12 pour plus de la moitié (69.22%) avec 3 participants ayant un score de 20/20 soit un craving important (*Tableau IV*).

Tableau IV : Evaluation du craving par l'échelle Cigarette Withdrawal Scale et en fonction du statut tabagique des patients.

Score CWS : Besoin urgent de fumer Craving (score sur 20)	Ex-fumeur n=24	Fumeur quotidien n=13
4	14 (58.33%)	1 (7.69%)
5	3 (12.5%)	
6	2 (8.33%)	
7	1 (4.17%)	
8		1 (7.69%)
10		2 (15.38%)
11	1 (4.17%)	
12	1 (4.17%)	2 (15.38%)
13		1 (7.69%)
14	1 (4.17%)	1 (7.69%)
15	1 (4.17%)	
18		2 (15.38%)
20		3 (23.08%)

Chez les ex-fumeurs déclarant ne pas éprouver de symptômes de craving, 79,17% d'entre eux affirment avoir suivi le protocole de décroissance de la substitution nicotinique. Tandis que parmi les fumeurs quotidiens mentionnant ressentir de fortes envie de fumer, 38,47% expliquent qu'ils n'ont pas effectué le protocole de décroissance nicotinique (*Figure 15*).



3.12- Sevrage tabagique du STEP

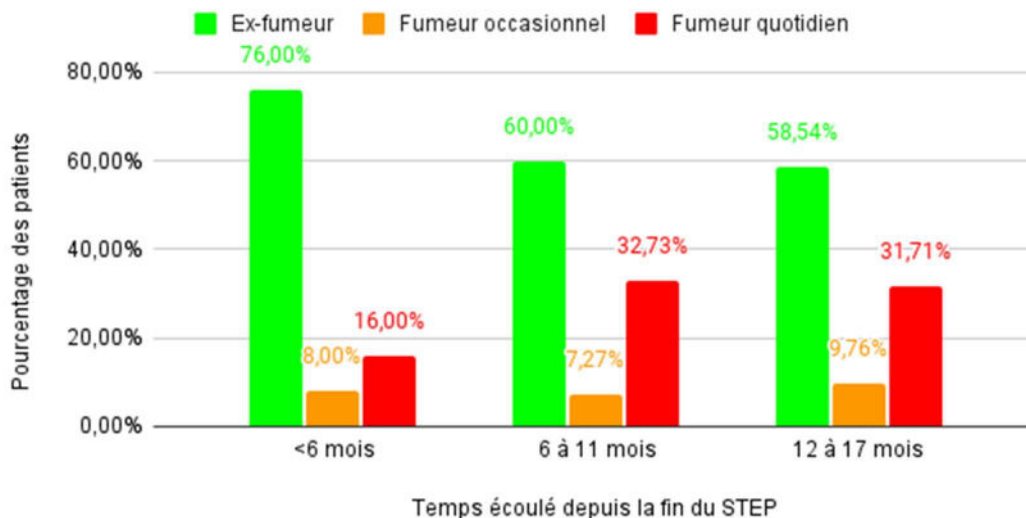
Notre étude comporte 121 participants ayant effectué le STEP d'octobre 2020 à décembre 2021. Lors de notre questionnaire (mars 2022), ils se positionnent comme suit :

- 25 patients à moins de 6 mois de leur dernière journée au STEP
- 55 patients entre 6 et 11 mois de leur dernière journée au STEP
- 41 patients entre 12 et 17 mois de leur dernière journée au STEP (population étudiée dans ce mémoire)

Le taux de sevrage tabagique (*Figure 16*) correspond à :

- 76% à moins de 6 mois
- 60% entre 6 mois et 1 an
- 58.54% entre 12 et 17 mois

Figure 16: Statut Tabagique des participants au STEP de octobre 2020 à décembre 2021



4- Discussion

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le STEP et le taux de sevrage tabagique des patients à un an. Nous nous sommes donc centrés sur les 41 fumeurs ayant participé à ce programme d'ETP il y a plus d'un an (entre 12 et 17 mois) et ayant répondu à notre enquête.

Pour les sujets du STEP, le taux de sevrage tabagique est de 58.54% à 1 an et plus.

L'explication pourrait relever de la complémentarité de :

- La prescription d'un traitement de 1^{ère} intention, recommandé par la HAS et adéquat
- La structure du STEP : prise en charge individuelle, renforcée par les ETP de groupe d'une équipe pluridisciplinaire.

Si nous comparons le profil des participants du STEP à celui des consultants de la base nationale de données des Consultations De Tabacologie (CDT) (9), nous nous apercevons qu'ils sont fortement équivalents. Bien que plus âgée (≥ 56 ans vs 42.8 ans), la population du STEP est, comme celle de la base nationale CDT, majoritairement féminine (78%), active (73.2%), avec une forte dépendance au tabac (46.3% avec score de Fagerström ≥ 7) et un taux moyen

de monoxyde de carbone expiré (COE) à 20 ppm. Sachant que le seuil d'alerte à la pollution des villes de l'Union Européenne est fixé à 8.5 ppm (10) ! En pratique tabacologique, une valeur de COE supérieure à 8 ppm chez un patient, sans asthme ou BPCO, atteste le plus probablement que le sujet a fumé dans les heures précédant la mesure (11).

Le COE reflète l'intensité de l'inhalation de la fumée de tabac et est à mettre en corrélation avec le tabagisme déclaré par les fumeurs. Pour les patients de notre étude, le nombre moyen de paquet année mentionné (43.5), reflète un tabagisme ancien.

Parmi les participants de l'enquête, deux sur trois sont de gros consommateurs de cigarette (65.9% fument plus de 15 cigarettes par jour) et un sur deux (48.8%) souffre de maladies chroniques (respiratoires, cardiovasculaires, cancers, diabète). Néanmoins ils sont très motivés pour se libérer du tabac (78%). Tous ces critères définissent la moitié de la population du STEP comme des « gros fumeurs très dépendants » ou « Heavy chronic smokers » (12) (13). Un quart des sujets accompagnés par le STEP fument moins de dix cigarettes par jour et 43.9% ne déclarent aucune pathologie.

Le STEP prend donc en charge les fumeurs en préventions primaire et secondaire.

La HAS mentionne que le risque de complications associées au tabagisme est lié à la durée et à la quantité fumée, sans seuil au-dessous duquel fumer soit sans risque. Même les petits fumeurs ont un taux de mortalité significativement augmenté (2). Les effets bénéfiques du sevrage tabagique ne sont plus à démontrer. L'abstinence tabagique augmente l'espérance de vie de tout ex-fumeur même des sujets de plus de 60 ans (la majorité des fumeurs du STEP a plus de 55 ans), avec une réduction relative du risque de décès toutes causes, de l'ordre de 20 à 30% pour ces derniers (14).

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à effectuer une démarche pour se libérer du tabac (78% vs 22%). Cela reflèterait-il le développement du tabagisme féminin citée dans certaines données récentes ? Un article de Santé Publique France, de 2018, mentionnait que « L'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les femmes depuis les années 1970 a des répercussions majeures sur la morbi-mortalité des pathologies liées au tabac » (15). De plus, à un an du STEP, 56.25% des femmes sont ex-fumeuses alors

que nous comptons 66.67% des hommes ex-fumeurs. Les femmes auraient plus de difficultés, que les hommes, à maintenir une abstinence à long terme (16). Le sexe féminin serait un facteur prédictif de rechute, d'autant plus si une tendance anxieuse est associée (8). Or, presque la moitié des femmes de notre étude (46.87%) déclare une HAD supérieure ou égale à onze.

Il ressort de cette analyse que la prise en charge personnalisée, individualisée de tous les fumeurs, apparaît comme primordiale. Chaque patient doit bénéficier d'une stratégie thérapeutique adaptée à ses besoins pour arrêter de fumer.

Mais se libérer du tabac demeure une entreprise difficile.

Bien que 68% des fumeurs souhaitent arrêter de fumer et que 55.4% essaient chaque année, entre 3 et 5% de ceux qui tentent sans aide, maintiennent une abstinence prolongée de 12 mois (17). Malgré toutes les solutions thérapeutiques disponibles, la rechute après un sevrage tabagique reste un événement très fréquent, le taux de réussite d'un arrêt tabagique à un an étant environ de 30 % (8).

Le traitement médicamenteux a une place prépondérante dans l'arrêt du tabac car le tabagisme est une maladie chronique qui se soigne.

Afin d'améliorer la qualité des soins dispensés aux fumeurs français, les experts de la HAS (2) rappellent que 97% des fumeurs ne peuvent arrêter sans aide et recommandent d'utiliser les traitements de substitution nicotinique (TSN) en première intention (grade A), de combiner formes orales et patchs (grade A), d'ajuster la dose de nicotine en fonction des signes de sous- ou surdosage nicotinique pour atteindre la dose journalière nécessaire (grade B), en n'hésitant pas à associer plusieurs patchs nicotiniques fortement dosés lorsque cela s'avère nécessaire (Accord d'Experts). Une publication Cochrane (18) mentionne que les TSN augmentent le taux d'arrêt de 50 à 70 %, quel que soit le contexte et que l'association d'un patch nicotinique et d'une forme orale de TSN à délivrance rapide était plus efficace qu'un seul type de TSN. La forme transdermique permet de réduire le syndrome de manque (apport de nicotine constant sur 24h) et les formes orales soulagent les envies impérieuses de fumer à l'instant « t ». Cette association augmente les chances d'arrêt et son maintien.

Dans notre enquête :

- 92.7% des fumeurs combinaient plusieurs formes galéniques de substituts nicotiniques, augmentant ainsi leurs chances de succès du sevrage tabagique (18) et répondant aux recommandations de la HAS (2).
- 70.7% des patients bénéficiaient d'un dosage de nicotine supérieur à 21mg ; dosage conforme aux recommandations de la HAS (2) mais supérieur à celui indiqué dans les autorisations de mise sur le marché (AMM) (19) et les notices.

En effet, pour être efficace, les experts soulignent que le TSN doit administrer au fumeur la même dose de nicotine que celle qu'il s'administrait chaque jour en fumant. Pour J. Perriot, la posologie initiale doit permettre un apport égal ou supérieur à 80% de l'apport tabagique quotidien (12). En respectant un processus similaire à celui de la titration morphinique permettant d'individualiser la dose de nicotine au fumeur en fonction de la persistance de signes de sous-dosage (envie impérieuse de fumer, nervosité, irritabilité, constipation, baisse de moral, grignotage...), il n'y a pas d'effets secondaires significatifs jusqu'à 5 patchs nicotiniques fortement dosés (soit 100 mg) (20). Selon les travaux de Mayers, la dose létale de nicotine pour un homme adulte serait comprise entre 500 mg et 1g (21). L'efficacité et l'innocuité des traitements de substitution nicotinique ne sont plus à démontrer (13)(22).

Malgré la facilité d'utilisation des TSN, il y a une ignorance, une mauvaise compréhension des fumeurs au sujet de la nicotine (peur : de fumer sous patch, du risque cardio-vasculaire, d'une toxicité pour les poumons, ...). La crainte de devenir dépendant aux patchs nicotiniques semble, également, un frein à l'observance du traitement. Or, le potentiel addictif de la nicotine est lié à sa cinétique d'administration (22). La cigarette est la meilleure méthode pour administrer la nicotine en shoot au cerveau (23), alors que les patchs transdermiques lui délivrent la nicotine très lentement et ne génèrent pas de dépendance (24). Le Dr Galera décrit ce phénomène de méfiance envers les TSN comme une « nicotinophobie »(25) qui entraîne une perte de chance, pour les fumeurs, de réussir leur sevrage tabagique.

Les rechutes ou les faux-pas font partie intégrante du processus pour se libérer du tabac. Comme toute maladie chronique, la dépendance tabagique se compose de périodes de rémissions et de rechutes.

Le taux de rechute à 1 an, dans la population étudiée, est de 41.46%, dont 9.8% dans le mois suivant leur sevrage tabagique. Ce pourcentage ne correspond pas aux 50% d'échecs dans le premier mois de la tentative d'arrêt décrit dans la littérature (12). Six mois semble un palier à prendre en considération. La HAS mentionne un taux de rechute à six mois supérieur ou égal à 80% (2). Concernant notre étude globale (patients venus au STEP entre avril 2021 et septembre 2021) le taux de reprise du tabac, entre 6 et 11 mois, est de 40%. Mais surtout, 82.4% des fumeurs de notre étude à 1 an, ont stoppé leur abstinence au tabac durant les six premiers mois. Cette dernière donnée souligne l'importance d'un suivi des patients durant leur sevrage, comme le spécifie la littérature (12) et comme le mentionnent certains patients du STEP (9.10% des raisons de rechute est «le besoin d'un suivi »).

La reprise du tabac survient souvent pour les mêmes raisons : persistance de la dépendance physique, prise de poids, situation de stress, pression sociale, convivialité, perte de motivation, syndrome dépressif, consommation de café ou d'alcool... Les motifs de rechute tabagique, chez les 17 fumeurs actuels, correspondent à ceux de la littérature, avec plus d'importance pour les problèmes liés aux patchs nicotiniques (27.27%), entraînant une non-observance du traitement et donc un manque de nicotine. Paradoxalement la prise de poids est peu citée (9.10%) comme motif de rechute alors qu'elle est souvent identifiée comme une cause de reprise du tabagisme dans la littérature.

C'est là que rentre en jeu la structure du STEP : un programme d'Education Thérapeutique du Patient Fumeur (ETP).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (...) Ceci a pour but de les aider à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise

en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » (26).

Pour obtenir un taux d'abstinence tabagique de 58.54%, le traitement prescrit à la sortie du programme STEP joue un rôle majeur mais, les caractéristiques de celui-ci sont tout aussi essentielles.

Le STEP est comme un puzzle où chaque atelier s'imbrique les uns aux autres pour former un ensemble cohérent et dynamique. Ce dernier aide et accompagne chaque patient à gérer sa pathologie tabagique et à devenir le maître du jeu de son avenir.

Ce programme, de par son équipe pluridisciplinaire et ses différents ateliers, offre aux fumeurs des connaissances, des méthodes et des outils entraînant une meilleure compréhension de leur maladie chronique qui est la dépendance tabagique. Le diagnostic éducatif permet d'identifier ce que le fumeur sait ou croit savoir sur la façon de gérer sa dépendance à la nicotine. Petit à petit, les sujets « détricotent » leurs représentations, lèvent leurs craintes sur la nicotine (citées précédemment) et reconstruisent un nouveau savoir leur permettant une meilleure adhésion au traitement. Pour la HAS, l'ETP fait partie intégrante de la prise en charge de l'arrêt de la consommation du tabac (2).

Comme toute ETP, le STEP permet aux fumeurs de savoir :

- Gérer sa maladie (faire face aux crises, se traiter...).
- Vivre avec sa maladie (établir un nouveau rapport à soi, aux autres et à l'environnement).

Pour J.-F. d'Ivernois et al. (27), les compétences à acquérir par le patient, au terme d'un programme d'ETP, étaient au nombre de huit. En 2011, ils ont proposé huit nouvelles compétences concernant l'adaptation à la maladie, dont deux étaient déjà présentes dans l'ancien tableau (Annexe 2).

Les compétences d'auto-soins acquises par les fumeurs pendant le STEP leur permettent, entre autre :

- De lever le frein de la nicotinophobie et d'appliquer ainsi le nombre nécessaire de patch nicotinique (*Compétence 2 : Comprendre, s'expliquer*).

- D'assimiler l'importance de ne pas stopper les TSN trop tôt (13) car cela favorise la reprise du tabac et d'effectuer une décroissance de la substitution nicotinique (*Compétence 2 : Comprendre, s'expliquer*).

En effet, parmi les 31 patients de notre étude ayant suivi le protocole de décroissance des TSN prescrits, 74.19% d'entre eux sont ex-fumeurs. Parallèlement, sur les 10 sujets n'ayant pas suivi le protocole de décroissance, 90% sont fumeurs. La nicotine transdermique prescrit sur du long terme augmente l'abstinence tabagique dans la durée et réduit le risque de rechute (13) (28) en diminuant les symptômes de manque et de craving (facteur de risque de reprises). Cela correspond à notre étude où, sur les ex-fumeurs ayant suivi le protocole de décroissance de TSN, 79.17% diagnostiquent peu de symptômes de craving (score ≤ 10 sur la CWS), alors que 38.47% des fumeurs quotidiens n'ayant pas suivi le protocole de décroissance déclarent de forts syndromes de craving (score ≥ 11 sur la CWS). Cette diminution progressive de substitution nicotinique adaptée à chaque personne et en suivant un protocole défini (en général baisse de 7mg/mois) est primordiale (12) et conforme aux recommandations de bonne pratique de l'HAS (2). Elle permet une désensibilisation lente des récepteurs nicotiniques du cerveau et diminue, de ce fait, la dépendance au tabac.

- De reconnaître les signes de sou- ou surdosage en nicotine et adapter le traitement en conséquence (*Compétences 3 et 5 : Repérer, analyser et Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne*)

Les patients retrouvent sur leur ordonnance de sortie leur protocole de décroissance ainsi que les signes de sou- et surdosage (*Annexe 3*).

De nombreux sujets de l'enquête ont contacté le STEP, pendant l'année suivante, pour réévaluer leur traitement en fonction de leurs symptômes mobilisant leurs compétences d'adaptation (*Compétence 3 : Utiliser les ressources du système de soins*) acquises lors du STEP. De plus, trois patients ont redemandé à intégrer le STEP suite à leur rechute et à la réception du questionnaire pour ce mémoire.

Ces compétences d'auto-soins et d'adaptation mobilisées par les patients après le STEP, permettant un sevrage tabagique à long terme, sont, également, acquises lors de leur prise en charge psychologique et lors d'ateliers de diététique et d'activités physiques (AP).

La HAS (2) évoque comme facteur prédictif d'arrêt du tabac « ...l'absence d'entourage fumeur ». Plus de la moitié des 13 fumeurs quotidiens (53.85%) décrivent un entourage fumeur dans leur vie sociale et 11.76% des fumeurs avouent avoir rechuté pour des « cigarettes plaisir ». Or certains facteurs environnementaux, relationnels, psychologiques...(12) influencent la dépendance tabagique. Au STEP, la prise en charge psychologique, en groupe ou individuelle, entraîne la mise en place de stratégies d'évitement face à des situations à risque de rechute telles que celles citées précédemment (entourage fumeur, cigarettes plaisir) et d'autres. L'acquisition de compétences d'adaptation favorise le changement du comportement tabagique avec :

- L'élaboration de l'identification des pensées automatiques associées au désir de fumer
- Les colonnes de Beck adaptées au sevrage tabagique (2).

Les émotions et événements négatifs correspondent à 18.17% des raisons d'arrêt de l'abstinence du tabac dans notre étude. La gestion du stress et le contrôle de soi, par la cohérence cardiaque et par des exercices de respiration en pleine conscience de 3 mn (le temps d'une envie impérieuse de fumer), appris et effectués durant le STEP, permettent aux patients de faire face et de mieux appréhender de telles situations évitant de se tourner vers la cigarette. La HAS mentionne que « La prise en charge du sevrage tabagique comporte un accompagnement par un professionnel de santé, permettant un soutien psychologique, et un traitement médicamenteux si nécessaire »(2).

43.90% des patients expriment des symptômes anxieux avec une HAD supérieure ou égale à 11 en début de STEP, ce qui étaye la corrélation entre les troubles anxieux et le tabagisme (12). Par contre, les symptômes dépression / anxiété du sevrage tabagique évalués par l'échelle CWS, chez les ex-fumeurs à un an, sont très peu présents (87.7% des patients ont un score à la CWS anxiété ≤ 10 , score /20). Le niveau d'anxiété augmente au cours des deux semaines suivant le sevrage tabagique, il diminue après un mois de sevrage à un niveau plus faible qu'avant l'arrêt du tabac (2).

La prise en charge globale et personnalisée des fumeurs leur permet de comprendre leur pathologie et de réaliser qu'ils ne sont pas « coupables » de fumer, développant, ainsi, un sentiment d'auto-efficacité chez ces derniers.

Cette confiance en leurs capacités de réussir et leur baisse d'anxiété engendre une amélioration de la qualité de vie des patients durant leur sevrage tabagique. Dans notre étude, plus d'un ex-fumeurs sur deux éprouvent une amélioration de sa qualité de vie. Le maintien de cette dernière pendant la tentative d'arrêt entraîne une diminution du « phénomène de sensibilisation comportementale », facteur de rechute (13).

L'amélioration de la qualité de vie et la diminution du risque de reprise du tabac sont, souvent, liées à la prise de poids. Cette dernière apparaît comme un frein au sevrage tabagique et une cause de rechute. L'arrêt du tabac entraînerait une prise de poids car la nicotine est anorexigène et augmente le métabolisme de base. Dans la littérature, nous trouvons différents constats quant à la prise de poids associée au sevrage tabagique à un an: augmentation moyenne de 4-5 kg (29) ou de 2.8 kg chez les hommes et de 3.8 kg chez les femmes (30). Lors de leur sevrage tabagique sur un mois, des patients fumeurs hospitalisés, avec une prise en charge pluridisciplinaire, ont maigri de 2.8 kg en moyenne avec la mise en place de TSN à dose nicotinique efficace (7).

Des études ont montré que les fumeurs pèsent moins que les non-fumeurs. Pour 37.5% des ex-fumeurs de notre enquête, la prise de poids a été comprise entre 0 et 2 kg et 12.5% ont vu leur poids majoré de 3 à 4 kg. Donc 50% des ex-fumeurs augmentent leur poids de 0 à 4kg : nous pouvons émettre l'hypothèse qu'ils ont atteint le poids qu'ils auraient dû avoir s'ils n'avaient jamais fumé. Pour autant, ces modifications de poids sont à interpréter avec prudence car des patients ont avoué avoir donné un poids approximatif en début de STEP, leur poids n'a été vérifié ni au départ du programme ni à un an et le poids moyen d'une population est susceptible d'augmenter sur un an indépendamment d'une tentative d'arrêt du tabac. De plus, la variation pondérale des ex-fumeurs dans notre étude est importante : 16.67% ont perdu plus de 5 kg et 16.67% ont pris plus de 7 kg !

Le sevrage tabagique entraîne une amélioration du goût, de l'odorat et une attirance pour les aliments palatables. Cela peut engendrer des grignotages et des quantités alimentaires augmentées si la dose nicotinique du traitement est insuffisante. Ce comportement alimentaire peut être majoré par un certain niveau d'anxiété (12). Dans notre étude, 20.84% des ex-fumeurs ayant un score HAD Anxiété supérieur ou égal à 11, ont grossi de plus de 5 kg.

L'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation lors des ateliers diététiques de groupe et individuel, permet, d'une part, d'instaurer de nouvelles attitudes de vie en restructurant, si nécessaire, les habitudes alimentaires sur les bases des recommandations du Plan National Nutrition Santé (PNNS). D'autre part, de réguler la gestion du poids lors du sevrage tabagique :

- Instaurer un rythme dans la prise des repas ;
- Jouer sur la satiété ;
- Favoriser une cuisine « maison » plutôt légère et savoureuse, surtout à une période où les sensations gustatives sont retrouvées ;
- Diminuer la consommation de café, en cassant le rythme « café-cigarettes », tout en favorisant l'augmentation de l'hydratation indispensable, avec un travail sur les boissons plaisirs : eaux citronnées, infusions chaudes ou froides, classiques ou personnalisées, ...

L'atelier sur les AP vient renforcer les deux ateliers précédents.

En effet, l'AP génère une réduction de l'anxiété et du stress, réduit les syndromes de sevrage et le craving (31) et induit une régulation de la prise de poids (augmentation de la consommation énergétique) (29)(31) .

Le résultat de notre étude est en accord avec ce constat puisque 66.67% des 9 ex-fumeurs ayant pratiqué une AP possèdent une prise de poids dérisoire (0 à 2 kg). Là aussi, l'apprentissage et la mobilisation de compétences d'auto-soins et d'adaptation permettent de tels résultats. Elles occasionnent la mise en avant et la modification de « fausses croyances », notamment que le sport élimine le risque lié au tabac, qu'il « nettoie les poumons ». Les patients découvrent, souvent, que fumer avant ou après une activité physique peut engendrer une mort subite (spasme des artères coronaires) et intègrent de ne pas fumer 2 h avant ou après un sport. La HAS recommande (accord d'experts) que les patients sportifs soient informés que les risques liés au tabac, ne sont pas atténués par la pratique sportive (2).

5- Conclusion

Avec un taux de sevrage tabagique de 58.54% à un an et plus, le STEP confirme l'efficacité des TSN, utilisés correctement, et de l'ETP dans la prise en charge des fumeurs, pour les aider à se libérer du tabac. L'acquisition de

connaissances sur le tabac, de compétences d'auto-soins et d'adaptation engendre une augmentation des chances de réussite et de maintien du sevrage tabagique à long terme. Cette enquête consolide la nécessité d'effectuer une prise en charge personnalisée de tous les fumeurs, qui ne fument pas par choix, mais qui sont atteints d'une maladie chronique récidivante : la dépendance tabagique avec ses dépendances physiques, psychologiques et comportementales. La mise en place d'un suivi post consultation tabagique serait optimal.

Mais, pour corroborer et valider nos résultats, une étude prospective randomisée sur les fumeurs du STEP s'avère appropriée.

Des patients, accompagnés et aidés par une ETP, voient leur chance de se libérer du tabac sereinement et avec des effets redoutés moindres, augmentée. Les programmes d'éducation thérapeutique dédiés aux patients fumeurs doivent être développés sur le territoire national pour augmenter l'abstinence tabagique à long terme et pour faciliter l'accès à des soins conformes aux recommandations de la HAS.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier, A, Richard J-B, Nguyen-Thanh Nguyen-Thanh. Article - Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France Bull Epidemiol Hebd. 2021;(8):132-9 [Internet]. Santé publique France. 2021 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/8/2021_8_1.html
2. HAS Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours Méthode Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2014 [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
3. Underner m. Le tabagisme est-il une maladie chronique ? Oui. Rev Mal Respir. 1 sept 2015;32(7):663-7.
4. 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respir Care. sept 2008;53(9):1217-22.
5. Dautzenberg B. Sevrage tabagique, mise au point sur la prise en charge actuelle et ses résultats. Bull Cancer (Paris). nov 2012;99(11):1007-15.
6. Galera O, Bajon D, Maoz Z, Lussagnet C, Tadiotto A, Babin T. Efficacité de l'éducation thérapeutique contre la « nicotinophobie » de patients fumeurs hospitalisés en soins de suite et réadaptation cardiovasculaire et pulmonaire. Rev Pneumol Clin. 2018;74(4):221-5.
7. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève: OMS; 2010 [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
8. Ietri-Mann F, Denis-Vatant C, Vercherin P, Vergnon C, Péliissier C, Fontana L. Facteurs professionnels de rechute tabagique dans les 6 premiers mois après une consultation hospitalière anti-tabac. Arch Mal Prof Environ. 1 févr 2016;77(1):3-9.
9. Le Faou A-L, Scemama O, Ruelland A, Ménard J. Caractéristiques des fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie: Analyse de la base nationale CDT. Rev Mal Respir. 1 nov 2005;22(5):739-50.
10. « HELP – Pour une vie sans tabac »: le taux de monoxyde de carbone des commissaires européens déterminé par un test respiratoire [Internet]. European Commission - European Commission. 2006 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/IP_06_396
11. Underner M, Pieffer G. Interprétation des valeurs du CO expiré en tabacologie. Rev Mal Respir. 1 avr 2010;27(4):293-300.

12. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir.* 1 févr 2006;23(1):3S85-105.
13. Perriot J, Underner M, Peiffer G, Le Houezec J, Samalin L, Schmitt A, De Chazeron I, Doly-Kuchcik L. Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles ». *Rev Mal Respir.* 1 avr 2012;29(4):448-61.
14. Gellert C, Schöttker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med.* 11 juin 2012;172(11):837-44.
15. Olié V. Evolutions de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme chez les femmes en France métropolitaine: une situation préoccupante / Trends of smoking-related morbidity and mortality in women in metropolitan France: an alarming situation. Octobre 2018. :12.
16. Smith PH, Bessette AJ, Weinberger AH, Sheffer CE, McKee SA. Sex/gender differences in smoking cessation: A review. *Prev Med.* nov 2016;92:135-40.
17. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addict Abingdon Engl.* janv 2004;99(1):29-38.
18. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2008 [cité 4 mai 2022];(1). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com-s.docadis.univ-tlse3.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub3/abstract>
19. Résumé des caractéristiques du produit - NICOTINE EG 21 mg/24 h, dispositif transdermique - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67906013&typedoc=R>
20. Sachs DPL. Tobacco dependence treatment: time to change the paradigm. *Chest.* avr 2006;129(4):836-9.
21. Mayer B. How much nicotine kills a human? Tracing back the generally accepted lethal dose to dubious self-experiments in the nineteenth century. *Arch Toxicol.* janv 2014;88(1):5-7.
22. Why does the rapid delivery of drugs to the brain promote addiction? *Trends Pharmacol Sci.* 1 févr 2005;26(2):82-7.
23. Prochaska JJ, Benowitz NL. The Past, Present, and Future of Nicotine Addiction Therapy. *Annu Rev Med.* 2016;67:467-86.
24. Henningfield JE, Keenan RM. Nicotine delivery kinetics and abuse liability. *J Consult Clin Psychol.* oct 1993;61(5):743-50.
25. Galera O, Bajon D, Maoz Z, Lussagnet C, Tadiotto A, Babin T. Éducation thérapeutique et sevrage tabagique: vaincre la nicotinophobie est essentiel. *Rev Mal Respir.* 2018;35:A162-3.

26. Organisation Mondiale de la Santé OMS. Education Thérapeutique du Patient [Internet]. 1998 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
27. d'Ivernois JF, Gagnayre R. Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. 1 déc 2011;3(2):S201-5.
28. Schnoll RA, Patterson F, Wileyto EP, Heitjan DF, Shields AE, Asch DA, et al. Effectiveness of extended-duration transdermal nicotine therapy: a randomized trial. Ann Intern Med. 2 févr 2010;152(3):144-51.
29. Aubin HJ, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. BMJ. 10 juill 2012;345:e4439.
30. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking Cessation and Severity of Weight Gain in a National Cohort. N Engl J Med. 14 mars 1991;324(11):739-45.
31. Underner M, Perriot J, Peiffer G, Meurice J-C. Efficacité de l'activité physique dans l'aide à l'arrêt du tabac. Rev Mal Respir. 1 déc 2015;32(10):1016-33.

Annexe 1 : Questionnaire « Évaluation du STEP »

Évaluation du STEP

Bonjour Madame, Monsieur,

Je suis Aude Tadiotto, l'infirmière coordinatrice du STEP.

Je réalise mon mémoire pour mon Diplôme Inter-Universitaire de "Tabacologie & Aide au Sevrage Tabagique" sur l'évaluation du maintien du sevrage tabagique chez des patients qui ont suivi le programme STEP.

Cette recherche est menée dans un but uniquement scientifique. Elle consiste à répondre à un questionnaire en ligne vous interrogeant sur votre vécu suite à votre participation au STEP.

En prenant part à ce formulaire, vous pourrez contribuer à une meilleure prise en charge du patient fumeur et à l'amélioration du programme STEP.

Je me permets de vous contacter car vous avez suivi le programme au STEP en 2020 ou 2021.

Accepteriez-vous de répondre à mes questions pour m'aider à récolter un maximum de renseignements? Cela me permettra une analyse et une évaluation les plus proches possibles de la réalité.

La participation à cette recherche est volontaire. Vous pouvez donc vous retirer de la recherche à tout moment sans vous justifier et votre retrait n'engendrera aucune conséquence.

Dans l'éventualité où vous auriez des difficultés ou des doutes à répondre à certaines questions, vous pouvez me joindre par mail:

laviepoststep@gmail.com

Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses et elles resteront totalement anonymes. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Votre identité sera gardée confidentielle. Toutes les données que vous fournirez demeureront strictement confidentielles et seront traitées de façon anonyme.

*Obligatoire

1. Adresse e-mail *

Ce questionnaire vous prendra environ 10 mn. Merci pour votre contribution.



Votre
consentement:

En répondant oui aux questions suivantes, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci dessus. Vous êtes libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

2. Je déclare avoir lu et compris le présent formulaire *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

Fiche Signalétique

4. Votre nom et prénom *

5. 1. Êtes-vous? *

Une seule réponse possible.

- ☐ une femme
☐ Un homme
☐ Autre

7. 3. Quelle est votre situation Socio-professionnelle? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Etudiant(e)
☐ Actif
☐ Recherche d'emploi
☐ Invalidité
☐ Retraité(e)

9. 5. Vous évoluez dans un entourage à majorité: *

Une seule réponse possible par ligne.

	Fumeur	Ex-fumeur	Jamais fumeur
Au domicile (conjoint, enfants, parents)	☐	☐	☐
Au travail, dans vos études	☐	☐	☐
Dans votre vie sociale	☐	☐	☐

Votre consentement (bis):

3. J'accepte volontairement de participer à cette étude. *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

6. 2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 18 - 25 ans
☐ 26 - 40 ans
☐ 41 - 55 ans
☐ 56 ans et plus

8. 4. Quelle est votre situation familiale? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Marié(e)
☐ Célibataire
☐ Divorcée
☐ Veuf (ve)

10. 6. Avez-vous une ou plusieurs de ces pathologies? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Respiratoire
☐ Cardiaque
☐ Vasculaire
☐ Diabétique
☐ Cancéreuse
☐ Troubles psychiques
☐ Aucune
☐ Autre : _____

En commençant le STEP:

11. 7. Pendant combien d'année avez-vous fumé? *

12. 8. En moyenne, combien de cigarettes industrielles fumiez-vous par jour? *

Si vous étiez fumeur de tabac roulé, multipliez le nombre de cigarettes roulées par 2; Si vous étiez fumeur de cigarillos, multipliez le nombre de cigarillos par 3.

13. 9. Consommiez-vous d'autres substances addictives? *

Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
Cannabis	☐	☐
Alcool	☐	☐
Autre	☐	☐

14. 10. Pourriez-vous me communiquer votre score au Test de Fagerström? (dans votre "carnet de bord" page 10) *

Une seule réponse possible.

- ☐ Entre 0 et 2
- ☐ Entre 3 et 4
- ☐ Entre 5 et 6
- ☐ Entre 7 et 10
- ☐ Ne sait pas

15. 11. Pourriez-vous me communiquer votre score au Test de Motivation à l'arrêt du tabac (Lagruet et Légeron)? (dans votre "carnet de bord" page 11) *

Une seule réponse possible.

- ☐ Entre 0 et 6
- ☐ Entre 7 et 13
- ☐ 14 et plus
- ☐ Ne sait pas

A la fin du
STEP

Répondez sincèrement, mon objectif est d'analyser vos réponses en toute impartialité.

16. 12. Votre dernière demi-journée au STEP s'est déroulée: *

Une seule réponse possible.

- ☐ Il y a 18 à 25 mois (entre février 2020 et septembre 2020)
- ☐ Il y a 12 à 17 mois (entre octobre 2020 et mars 2021)
- ☐ Il y a 6 à 11 mois (entre avril 2021 et septembre 2021)
- ☐ Il y a moins de 6 mois (entre octobre 2021 et février 2022)

17. 13. Votre traitement à la fin du STEP était: *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Substituts Nicotiniques Oraux (gommes, pastilles, inhaleur...)
- ☐ Patchs Nicotiniques
- ☐ Champix

18. 14. Combien de patchs mettiez-vous à votre sortie du STEP? *

Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4	5 et plus
patch de 21mg ou 25mg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patch de 14mg ou 16mg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patch de 7mg ou 10mg	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. 15 Avez-vous augmenté vos patchs nicotiniques par la suite? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

20. 16. Avez-vous modifié (augmenté ou diminué) votre traitement nicotinique? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Suite aux conseils du tabacologue	☐	☐
De vous même en fonction de vos signes de sur ou sous dosage	☐	☐

21. 17. Aujourd'hui, êtes-vous? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Fumeur quotidien (personne qui fume un produit du tabac au moins une fois par jour)
☐ Fumeur non quotidien (personne qui fume un produit du tabac, mais pas tous les jours)
☐ Ex-fumeur (personne qui a consommé un produit du tabac et qui ne consomme actuellement plus de produit du tabac)

22. 18. Si vous ne fumiez plus et que vous avez repris le tabac: *
Combien de temps après la fin de votre programme STEP (en mois) avez vous repris

23. 19. Vous n'avez jamais arrêté: *

Une seule réponse possible.

- ☐ Vrai
☐ Faux

25. 21. Si vous êtes fumeur actuel, combien fumez-vous en moyenne? *
(1 roulée = 2 cigarettes industrielles et 1 cigarillo = 3 cigarettes industrielles)

26. 22. Que vous soyez fumeur ou ex-fumeur, consommez-vous des substituts nicotiniques oraux, à ce jour?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non Passer à la question 28

Substituts nicotiniques oraux

Gomme, pastille, inhaleur, autre

27. 23. Combien de substituts nicotiniques oraux consommez-vous en moyenne par jour? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Entre 0 et 7 mg de nicotine
☐ Entre 8 mg et 14 /16 mg de nicotine
☐ Entre 17mg et 21/25 mg de nicotine
☐ Autre : _____

Cigarette électronique

28. 24. Utilisez-vous une cigarette électronique? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non Passer à la question 31

24. 20. Concernant votre traitement nicotinique: *

Une seule réponse possible par ligne.

Oui Non

Vous avez
suivi le
protocole de
décroissance
de
substitution
nicotinique
qui vous a
été prescrit
comme
indiqué sur
l'ordonnance
remise à la
fin du
programme
STEP

☐ ☐

Vous avez
arrêté plus
vite et/ou
plus tôt vos
substituts
nicotiniques
que ce qui
était prévu
sur
l'ordonnance
remise à la
fin du
programme
(en général
baisse de
7mg/mois)

☐ ☐

Vous avez
continué vos
substituts
nicotiniques
plus
longtemps
que prévu
sur
l'ordonnance
remise à la
fin du
programme
STEP

☐ ☐

Cigarette électronique:

Consommation

29. 25. Quelle est la concentration de votre e-liquide? *

Par exemple: 18mg/ml

30. 26. Quel volume de e-liquide consommez-vous chaque jour? *

Par exemple: si vous utilisez 1 flacon de 10ml en 2 jours, la réponse est 5ml

Votre bien-être moral et physique

31. 27. Depuis votre participation au programme STEP, avez-vous été hospitalisé(e) pour une des causes suivantes: *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Infarctus du myocarde
- ☐ Accident Vasculaire Cérébral
- ☐ Cancer du poumon
- ☐ Décompensation respiratoire
- ☐ Complication diabétique (déséquilibre glycémique, plaie du pied...)
- ☐ Complication d'une Artérite Oblitérante des Membres Inférieurs
- ☐ Aucune hospitalisation
- ☐ Autre : _____

32. 28. Si vous avez repris la cigarette: *

Décrivez, en quelques mots, pourquoi, selon vous

33. 29. Échelle de sevrage de la cigarette (version française de la Cigarette Withdrawal Scale [CWS-21])

Les affirmations suivantes portent sur la façon dont vous vous sentez aujourd'hui.

Une seule réponse possible par ligne.

	Absolument pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plus ou moins d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
J'ai le cafard	☐	☐	☐	☐	☐
Je n'ai pas le moral	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens inquiet	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens angoissé	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai une idée fixe, fumer une cigarette	☐	☐	☐	☐	☐
La cigarette me manque terriblement	☐	☐	☐	☐	☐
Je ressens un besoin irrésistible de fumer	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai envie de tenir une cigarette entre les doigts	☐	☐	☐	☐	☐
Je suis irritable	☐	☐	☐	☐	☐
Je me mets facilement en colère	☐	☐	☐	☐	☐
Je manque de patience	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens nerveux	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai de la peine à réfléchir	☐	☐	☐	☐	☐
J'éprouve de la difficulté à me concentrer	☐	☐	☐	☐	☐
Il m'est difficile d'être	☐	☐	☐	☐	☐

Je mange
d'avantage
que
d'habitude

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

J'ai pris du poids récemment

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Je me réveille souvent pendant la nuit

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- Une seule réponse possible par ligne.

Absolument
pas
d'accord

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

[illegible]

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

[illegible]

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

35. 31. Diriez-vous que votre qualité de vie tant physique que psychologique s'est améliorée depuis votre début de sevrage tabagique?

Cochez 1 case entre 0 et 10

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6

pas du tout d'accord avec cette affirmation ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Tout à fait d'accord avec cette affirmation

36. 32. Quel est votre poids actuel? *

37. 33. Avez-vous pris ou perdu du poids depuis le début de votre sevrage tabagique? *

Une seule réponse possible par ligne.

	- 10kg ou plus	Entre -5kg et -9kg	Entre -4kg et -1kg	0kg	Entre +1kg et +2kg	Entre +3kg et +4kg	Entre +5kg et +6kg	+7kg ou plus
Oui	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

38. 34. Pratiquez-vous une activité physique régulière? *

Plusieurs réponses possibles.

	Oui	Non
Au minimum 30 mn par jour, 5 jours/7	☐	☐
plus de 3h30 par semaine	☐	☐
Moins de 2h30 par semaine	☐	☐
Aucune activité physique par semaine	☐	☐

39. Avez-vous des remarques à nous communiquer?

Merci



à ce questionnaire



Merci pour votre participation



à la construction
d'un monde
libéré du tabac



Annexe 2 : Compétences d'adaptation à la maladie du patient

Jean-François d'Ivernois, Rémi Gagnayre et les membres du groupe de travail de l'IPCEM

Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2011; 3(2): S201-S205

J.-F. d'Ivernois et al.

Tableau I. Compétences à acquérir au terme d'un programme d'éducation thérapeutique, quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice [6]. – *Self care skills a patient has to acquire following a therapeutic patient education programme, whatever his disease or conditions are and wherever the programme takes place [6].*

Compétences	Objectifs spécifiques ou composantes (exemples)
1- Faire connaître ses besoins, informer son entourage	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions (diagnostic éducatif)
2- Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio-familiales, de la maladie. S'expliquer les principes du traitement.
3- Repérer, analyser, mesurer	Repérer des signes d'alerte, des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa pression artérielle, son débit respiratoire de pointe, etc.
4- Faire face, décider	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme...). Décider dans l'urgence.
5- Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress...)
6- Pratiquer, faire	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, auto-contrôle, glycémique, « spray », chambre d'inhalation, débitmètre de pointe). Pratiquer les gestes (autoexamen des œdèmes, prise de pouls, etc.). Pratiquer des gestes d'urgence.
7- Adapter, réajuster	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse). Réajuster un traitement, ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie et de son traitement.
8- Utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler; rechercher l'information utile. Faire valoir des droits (travail, école, assurances...). Participer à la vie des associations de patients...

Tableau II. Proposition de compétences d'adaptation à la maladie et exemples d'objectifs spécifiques. – *Proposal of psychosocial skills and examples of specific objectives.*

Compétences	Objectifs spécifiques ou composantes (exemples)
1. Informer, éduquer son entourage	Expliquer sa maladie et les contraintes qui en découlent ; former l'entourage aux conduites à tenir en cas d'urgence. ...
2. Exprimer ses besoins, solliciter l'aide de son entourage	Exprimer ses valeurs, ses projets, ses connaissances, ses attentes, ses émotions ; Associer son entourage à son traitement, y compris diététique, et à ses soins ; Associer son entourage aux modifications de l'environnement de vie rendues nécessaires par la maladie. ...
3. Utiliser les ressources du système de soins – Faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler ; faire valoir ses droits au travail, à l'école, vis-à-vis des assurances, ...) Participer à la vie des associations de patients. ...
4. Analyser les informations reçues sur sa maladie et son traitement	Savoir rechercher l'information utile et spécifique ; confronter différentes sources d'information ; vérifier leur véracité. ...
5. Faire valoir ses choix de santé	Justifier ses propres choix et ses priorités dans la conduite du traitement ; expliquer ses motifs d'adhésion ou de non adhésion au traitement ; Exprimer les limites de son consentement.
6. Exprimer ses sentiments relatifs à la maladie et mettre en œuvre des conduites d'ajustement	Verbaliser des émotions ; se dire ; rapporter ses sentiments de vécu de sa maladie ; Exprimer sa fatigue de l'effort quotidien de prendre soin de soi ; Mobiliser ses ressources personnelles, ajuster sa réponse face aux problèmes posés par la maladie ; S'adapter au regard des autres ; Gérer le sentiment d'incertitude vis-à-vis de l'évolution de la maladie et des résultats des actions mises en œuvre.
7. Établir des liens entre sa maladie et son histoire de vie	Donner du sens – S'expliquer la survenue de la maladie dans son histoire de vie ; Décrire ce que la maladie a fait apprendre sur soi-même et sur la vie. ...
8. Formuler un projet, le mettre en œuvre	Identifier un projet réalisable, conciliant les exigences du traitement ; Rassembler les ressources pour le mettre en œuvre ; Évoquer des projets d'avenir. ...

Annexe 3 : Ordonnance type du STEP

Symptômes de sou- et surdosage / Protocole de décroissance

N° RPPS

N° FINESS



Saint-Orens, le ../../2022

Docteur Olivier GALERA

Médecin Coordinateur programme

STEP

Ancien Assistant Hospitalier Universitaire
(Explorations Fonctionnelles Respiratoires
et Médecine du Sport)

D.E.S. Médecine Générale

D.E.S.C. Médecine du Sport

D.I.U. Médecine de Rééducation

D.I.U. Tabacologie

Mr

Contact : 05.61.39.33.38.

step@clinique-saint-orens.fr

Signature

La balance efficacité/tolérance de cette substitution nicotinique a été évaluée comme optimale et conforme aux recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (octobre 2014).

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf

- *Si vous vous sentez bien, que vous n'avez plus envie de fumer : poursuivez le traitement selon le protocole prescrit ;*
- *Si vous ressentez des signes de manque (envie impérieuse de fumer, nervosité, irritabilité, constipation, baisse de moral, grignotage...), c'est que votre traitement est probablement sous-dosé : il faudra augmenter la posologie du/des patch(s) ou le nombre de pastilles : reprenez contact avec votre tabacologue ;*
- *Si vous ressentez des signes de surdosage (dégoût du tabac mais bouche pâteuse, maux de tête, hoquet, palpitations, insomnies sévères,) : c'est que votre traitement est probablement surdosé, il faut diminuer la posologie du/des patch(s) ou le nombre de pastilles : diminuez d'au moins 7mg par jour jusqu'à disparition des symptômes et reprenez contact avec votre tabacologue.*