

L'infirmier en santé au travail, un rôle dans l'accompagnement en tabacologie

AUTEUR :

J.S. Claude, infirmier en santé au travail – Institut Pasteur

EN
RÉSUMÉ

Au sein d'une entreprise de sous-traitance automobile, une campagne d'aide au sevrage tabagique est réalisée à l'initiative de l'infirmier en santé au travail (IDEST). Elle s'accompagne d'une étude de suivi de cohorte (102 salariés) pour illustrer le rôle de l'IDEST et mettre en évidence d'éventuels freins au sevrage. Le suivi s'est déroulé sur une période de 13 mois au cours desquels un rendez-vous mensuel est organisé au sein du service de prévention et de santé au travail de l'entreprise. Les résultats montrent qu'un accompagnement au long terme, réalisé par un IDEST, augmente la proportion de personnes sevrées par rapport à un sevrage effectué sans accompagnement. La consommation conjointe de tabac et de cannabis semble être un frein important dans le sevrage.

MOTS CLÉS

Addiction /
Toxicomanie /
Substance
psychoactive /
Tabac / Cannabis /
Infirmier

Les données issues du Baromètre Santé publique France (SpF) 2019 font apparaître des résultats encourageants sur la consommation de tabac. Le nombre de fumeurs quotidiens baisse, passant de 28,5 % en 2014 à 24,0 % en 2019, notamment chez les femmes (20,7 % vs 26 % en 2010). Cependant, la prévalence tabagique reste globalement plus élevée en France que dans de nombreux autres pays occidentaux [1].

Dans les années 1950, les effets nocifs de la consommation tabagique, dont les effets cancérigènes, ont été mis en évidence. Aujourd'hui, le tabagisme reste la première cause de décès évitable dans le monde devant les accidents de circulation et les pathologies environnementales. Les grandes évolutions réglementaires ont principalement été menées dans le sens de la dissuasion de consommer du tabac. Depuis le début des années 1990, de nombreuses campagnes d'information

et de promotion de la santé ont été développées progressivement.

La loi n° 91-32 datant du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Évin, est aujourd'hui la loi la plus connue en termes de réglementation sur le tabac et l'alcool. Elle modifie en profondeur la norme sociale en matière de tabagisme et entraîne une diminution de la consommation. 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

L'infirmier en santé au travail, un rôle dans l'accompagnement en tabacologie

constituer partie civile devant les tribunaux.

Le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Il est entré en vigueur le 1^{er} février 2007, sauf dans les débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants, pour lesquels l'interdiction est entrée en vigueur le 2 janvier 2008. Il redéfinit les normes s'appliquant aux lieux qui peuvent être expressément réservés aux fumeurs. Ces lieux, appelés couramment fumeurs, doivent être fermés et ventilés spécifiquement, sans possibilité d'y délivrer de prestations.

La loi n° 2016-41 de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, instaure l'obligation pour les industriels du tabac de mettre en place des paquets sans les logos et en mettant en avant des photos et messages de sensibilisation aux risques issus de la consommation de tabac. Elle permet également aux médecins du travail et aux infirmiers de prescrire des substituts nicotiques. En complément de l'évolution réglementaire, plusieurs politiques nationales ont inclus, dans leurs objectifs, la diminution du tabagisme en France.

Dans le troisième Plan santé travail, la prévention des pratiques addictives favorise la transversalité santé au travail – santé publique. Le quatrième Plan santé travail implique également les services de prévention et de santé au travail (SPST) dans la prévention des addictions sur le milieu de travail.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 vise à répondre aux grands défis que rencontre le système de santé français, notamment

la prise en charge des maladies chroniques et leurs conséquences. Pour cela, il s'articule autour de quatre axes complémentaires dont l'axe prévention « *mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie* ».

Dans le troisième Plan cancer, qui s'est achevé fin 2019, l'axe « *réduire les inégalités et les pertes de chance, une priorité du plan cancer* » inclut l'objectif de réduction du tabagisme. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 « *appelle à la mobilisation de tous pour en finir avec le tabac* ».

Le lien entre la consommation de tabac et l'apparition de problème respiratoire a déjà été montré dans de nombreuses études, notamment la publication du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) en 2009 [2]. Le référentiel de sémiologie respiratoire du collège des enseignants de pneumologie en fait aussi mention [3].

Dans ce contexte, et suite à la sollicitation de la direction d'une entreprise de la sous-traitance automobile, un infirmier d'entreprise a organisé une campagne de sensibilisation et d'accompagnement au sevrage du tabac. Cette campagne a été l'occasion de mettre en place une étude prospective sur 13 mois. L'objectif général de cette dernière est de comparer les résultats issus d'un suivi d'une cohorte lors du sevrage tabagique ayant bénéficié d'un accompagnement par un infirmier en santé au travail (IDEST), avec les résultats dans la population générale. Les objectifs secondaires sont de chercher si une co-consommation de cannabis et/ou des horaires de travail pouvaient exercer une influence sur le sevrage tabagique.

MÉTHODOLOGIE

La campagne de sensibilisation s'est déroulée de juillet 2018 à août 2018 et avait pour but d'aider les fumeurs à arrêter de fumer et de limiter les nuisances liées au tabac pour les non-fumeurs. L'étude prospective sur l'accompagnement au sevrage qui s'en est suivie a débuté avec le « Mois sans tabac » de 2018 pour se terminer à la fin du « Mois sans tabac » de 2019. L'entreprise concernée emploie environ 500 salariés dont 60 % travaillent en 3x8 et 40 % en horaires de jour. Le médecin du travail, salarié d'un service de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI), était présent (lors de cette étude) à hauteur de 10 % d'équivalent temps plein. Cet accompagnement est effectué par l'IDEST et a été adapté à partir des recommandations (figure 1) de la Haute Autorité de santé (HAS) (encadré 1) sur une période de 13 mois, allant de novembre 2018 à novembre 2019 inclus. L'IDEST avait préalablement été formé au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB), ainsi qu'au suivi addictologique. En plus des formations reçues, il a bénéficié de plusieurs temps d'échange avec un médecin du travail sur l'approche de l'accompagnement au sevrage tabagique en entreprise.

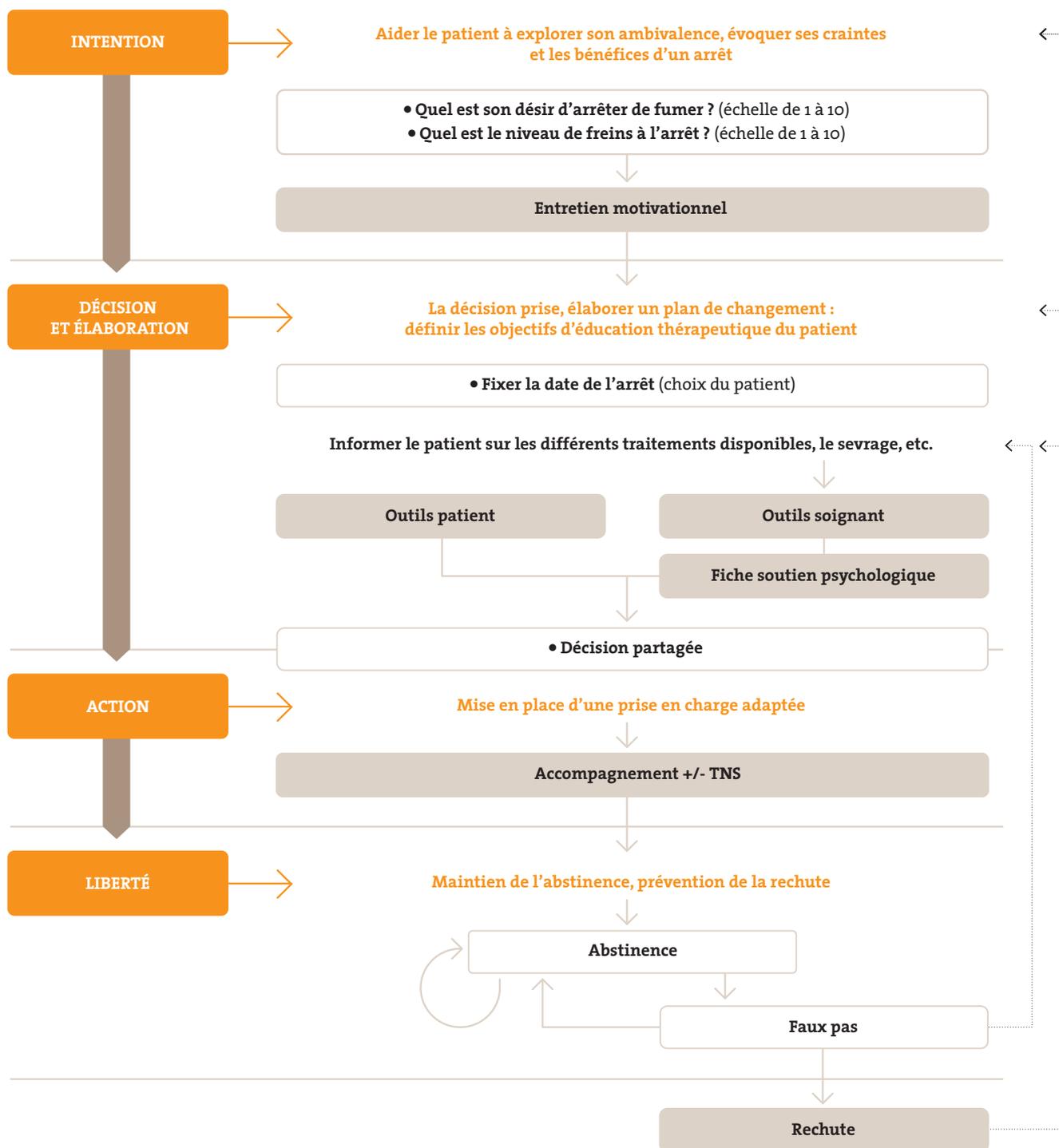
LE SEVRAGE TABAGIQUE

Dans ce travail, le suivi du sevrage tabagique repose sur des entretiens mensuels avec des questionnaires, des entretiens motivationnels et la prescription de substituts nicotiques.

TYPES DE QUESTIONNAIRES

Lors du premier entretien, les

Figure 1 : Parcours du patient travailleur désireux d'arrêter de fumer [4].



↓ Encadré 1

► RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ POUR L'ARRÊT DE LA CONSOMMATION DE TABAC

En 2014, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié une recommandation de bonne pratique intitulée « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours ». Ces recommandations s'adressent aux professionnels de santé, dont les médecins du

travail et les infirmiers. Elles portent notamment sur :
 ● la manière de dépister la consommation de tabac ;
 ● l'évaluation initiale : niveau de dépendance au tabac, évaluation des comorbidités anxieuses et dépressives, évaluation des co-consommations, conseil d'arrêt ;

● l'évaluation de la motivation à l'arrêt ;
 ● l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac : traitements recommandés en première intention, stratégie thérapeutique, prise en charge des symptômes de sevrage, modalités du suivi, gestion de la rechute ;
 ● Situations particulières :

femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse, maladies cardio-vasculaires, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), cancer, diabète, comorbidités psychiatriques, polyconsommation... Ces recommandations peuvent être téléchargées sur le site de la HAS : www.has-sante.fr

L'infirmier en santé au travail, un rôle dans l'accompagnement en tabacologie

salariés ont répondu aux questionnaires suivants :

- le test de Fagerström (annexe 1 p. 38) qui évalue la dépendance à la nicotine. Il a été reproposé aux participants de manière semestrielle, uniquement pour ceux qui fumaient encore au moment des entretiens de suivi ;

- le test Lagrue et Légeron (annexe 2 p. 39) qui mesure la motivation à l'arrêt du tabac. Il a été reproposé aux salariés de manière mensuelle, uniquement à ceux qui fumaient encore au moment des entretiens ;

- le questionnaire CAST (annexe 3 p. 40) qui repère les consommations problématiques de cannabis (et concerne donc uniquement les usagers de cette substance). Ce test a été reproposé de manière bimestrielle, uniquement pour les salariés qui consommaient encore du cannabis au moment des entretiens.

Le test de Lagrue et Légeron a été choisi pour son intérêt de projection dans le futur. Il a paru important de voir si la variation de la motivation est la conséquence du risque d'échec auto-évalué sur 4 semaines et/ou sur 6 mois. Cette information permettait également de discuter avec le salarié lors de l'entretien motivationnel du choix de ces réponses.

À la mise en place de l'étude, un partenariat avec le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de secteur a été établi pour pouvoir orienter les salariés consommant du cannabis qui souhaiteraient bénéficier d'un accompagnement au sevrage de cette substance psychoactive.

Enfin, la consommation de café est évaluée de manière semestrielle.

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

« On se persuade mieux, pour l'ordinaire, par les raisons qu'on a

soi-même trouvées, que par celles qui sont venues dans l'esprit des autres ». Cette phrase des *Pensées* de B. Pascal résume l'objectif de l'entretien motivationnel.

L'entretien motivationnel s'est d'abord développé au cours des années 80 aux États-Unis et au Royaume-Uni. Il a été créé par deux psychologues, W. Miller, qui exerce et enseigne à l'université du Nouveau-Mexique, et S. Rollnick, qui travaille dans le département de psychologie médicale de l'université de Cardiff (Pays de Galles). Leur ouvrage [8], paru en 1991 et traduit en 2006, a suscité un grand intérêt parmi les praticiens et les chercheurs. Ses applications ont tout d'abord concerné les addictions, en particulier le traitement des dépendances à l'alcool, au tabac ou aux drogues illicites, puis se sont étendues à toutes les situations d'« accompagnement au changement ».

Chaque rendez-vous de suivi commence par la passation du ou des questionnaires puis d'un échange sur le ressenti et les attentes du salarié. Il est possible que le salarié exprime directement une incompréhension de certains éléments (par exemple « *je sais que ce n'est pas bon de fumer, mais je prends quand même une cigarette* »), ce qui ouvre directement l'entretien motivationnel.

Dans le cas contraire, après avoir fait le retour sur les résultats du questionnaire, l'entretien motivationnel est proposé systématiquement par le biais de deux questions : « *Avez-vous des attentes spécifiques pour ce rendez-vous ?* » et « *Avez-vous rencontré des difficultés depuis le dernier rendez-vous ?* ».

De manière à maintenir une reproductibilité de la démarche, il a été respecté une trame préétablie basée sur les recommandations présen-

tées dans le livre *L'entretien motivationnel* [8] (annexe 4 p. 41).

PRESCRIPTION DE SUBSTITUT NICOTINIQUE

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, publiée au *Journal officiel* du 27 janvier 2016, élargit le droit de prescription de substitut nicotinique aux médecins du travail, chirurgiens-dentistes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes. À la fin de chaque rendez-vous, une prescription de substitut nicotinique est proposée en fonction des besoins et du ressenti du salarié. L'indication du substitut nicotinique se fait selon la quantité de tabac fumé quotidiennement.

La substitution nicotinique est proposée systématiquement pour les personnes fumant plus de 10 cigarettes par jour. L'indication des patchs se fait en prenant en compte le nombre de cigarettes fumées par jour, la durée entre le lever et la première cigarette et le souhait du salarié de bénéficier d'un patch nicotinique ou d'un autre dispositif de substitut nicotinique (tableau I). La quantité totale de nicotine administrée sur 24 heures ne dépasse jamais la quantité quotidienne fumée le jour de la visite.

Le choix de prescriptions mensuelles de substitut nicotinique a été établi afin d'assurer le suivi régulier du salarié et de lui donner la possibilité d'adapter rapidement le substitut en fonction de son ressenti. La présence de l'IDEST tous les jours de la semaine dans l'entreprise permet d'avoir un contact non formalisé très régulièrement avec les salariés. De ce fait, il n'a pas été choisi de mettre en place le suivi hebdomadaire, au début, de manière formelle, comme recommandé par la HAS, car les salariés

Tableau I

➤ MATRICE DÉCISIONNELLE POUR LE CHOIX DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES [9]

Fume	<10 /jour	11 – 20/jour	21 – 30/jour	>30/jour
Moins de 5' après le lever	Patch moyen + Formes orales	Patch grand + Formes orales	Patch grand + patch moyen + Formes orales	Patch grand + patch moyen + Formes orales
Moins de 30' après le lever	Patch moyen + Formes orales	Patch grand ou moyen + Formes orales	Patch grand + Formes orales	Patch grand + patch moyen + Formes orales
Entre 30' et 60' après le lever	Formes orales	Patch grand ou moyen + Formes orales	Patch grand + Formes orales	Patch grand + Formes orales
Plus de 60' après le lever	Rien ou Formes orales	Patch moyen + Formes orales	Patch grand + Formes orales	Patch grand + Formes orales

peuvent être reçus sans rendez-vous à tout moment.

MISE EN PLACE DU SUIVI

La littérature actuelle met en évidence l'impact positif d'un suivi au long-cours dans la réussite du sevrage tabagique ; en particulier Prochaska et Di Clemente [4] avec le modèle transthéorique des changements de comportements repris par la HAS en 2014. Ce suivi est encore plus important quand celui-ci est réalisé au plus proche du lieu de vie des personnes. De ce fait, l'étude présente vise à questionner l'intérêt pour l'IDEST de se positionner dans cette démarche.

Chaque rendez-vous formel se déroule mensuellement de la même façon, sur une durée de 13 mois. Le salarié est reçu à l'infirmerie. Après avoir rempli les questionnaires prévus, le salarié exprime son ressenti et ses difficultés. L'IDEST lui donne l'interprétation de ses réponses aux questionnaires et le salarié peut bénéficier d'un entretien motivationnel, d'une durée de 30 à 45 minutes. Lors des rendez-vous du 6^e et du 12^e mois, la visite permet d'échanger sur l'évolution de la consommation et sur l'évolution des résultats aux tests.

À tout moment, si le salarié en ressent le besoin, il lui est possible de passer voir l'IDEST pour discu-

ter. À l'issue de ces visites, une prise de contact à deux semaines maximums est effectuée. Elle a lieu de manière informelle ou formelle par contact téléphonique ou lors d'une rencontre dans l'entreprise. Ces contacts ne se substituent pas aux rendez-vous mensuels mais s'y ajoutent.

CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

L'inclusion des salariés dans l'étude s'est effectuée sur le respect des critères suivants :

- être présent sur le site pendant la période de l'étude ;
- toute personne volontaire majeure et tabagique ayant envie de réduire ou d'arrêter de fumer ;
- accepter de passer de manière mensuelle au service de santé au travail.

Le fait d'accepter ou non l'entretien motivationnel n'entraîne aucune conséquence sur l'inclusion ou l'exclusion dans l'étude. Les salariés n'ayant pas participé à tous les rendez-vous ont été automatiquement exclus de l'étude.

ANALYSE DES DONNÉES

Les données recueillies lors des entretiens ont été anonymisées et retranscrites partiellement dans un fichier Excel pour analyse statistique. Les verbatims ont été retrans-

crits sur un document Word.

L'analyse quantitative de type statistique avec le test χ^2 d'indépendance a été réalisé sur le logiciel Prisme®.

Une analyse qualitative a été faite concernant les domaines évoqués dans les entretiens motivationnels. Les verbatims ont été analysés par thématique dans le but d'apporter un niveau de compréhension supplémentaire des résultats.

RÉSULTATS

PERSONNES INCLUSES DANS L'ÉTUDE

Les personnes participantes à cette étude l'ont été sur la base du volontariat, et souhaitaient réduire ou arrêter leur consommation de tabac. Au départ, il y a eu 118 volontaires, parmi eux 5 ont arrêté de venir et 11 ont refusé de participer en raison de crainte sur l'anonymat. Au total la cohorte de suivi est composée de 102 salariés.

DESCRIPTION DE LA POPULATION

La cohorte est composée de 94 hommes (âge moyen de 40 ans) et 8 femmes (âge moyen de 40,5 ans). Trente-huit salariés ont de 18 à 35 ans inclus, 28 sont âgés de 36 à 49

L’infirmier en santé au travail,
un rôle dans l’accompagnement
en tabacologie

ans inclus et 36 ont 50 ans et plus. Il s’agit de 60 ouvriers, 23 employés, 12 professions intermédiaires et 17 cadres. En ce qui concerne le rythme de travail, 87 salariés sont en horaires postés en 3x8 et 15 salariés en horaires de jour. Soixante salariés sont en contrat à durée déterminée (CDD)/Intérim et quarante-deux en contrat à durée indéterminée (CDI)/contrat à durée indéterminée intermittent (CDII). Parmi les 102 travailleurs, 86 consomment uniquement du tabac dont 22 ont déjà essayé d’arrêter

dans les douze mois précédents, tandis que 16 salariés consomment du tabac et du cannabis dont 2 ont déjà essayé d’arrêter dans les douze mois précédents. La répartition selon le nombre de cigarettes fumées par jour est la suivante : 3 personnes fument entre 1 et 5 cigarettes par jour, 11 personnes fument entre 6 et 10 cigarettes par jour, 45 personnes fument entre 11 et 15 cigarettes par jour, 27 personnes fument entre 16 et 20 cigarettes par jour et 16 personnes fument entre 21 et 30 cigarettes par jour. Aucune

personne ne fume plus de 30 cigarettes par jour.

PREMIER ENTRETIEN

L’ensemble des personnes participantes à l’étude ont accepté de répondre aux questionnaires. Ainsi, le premier entretien a donné lieu au total à 102 tests Fagerström (figure 2), 102 tests Lagrue et Légeron (figure 3) et 16 tests CAST (test réalisé uniquement pour les consommateurs de cannabis) (figure 4 page suivante). L’entretien motivationnel est proposé à l’en-

Figure 2 : Niveau de dépendance au tabac des salariés selon les réponses au test Fagerström à T0, 6 mois et 12 mois.

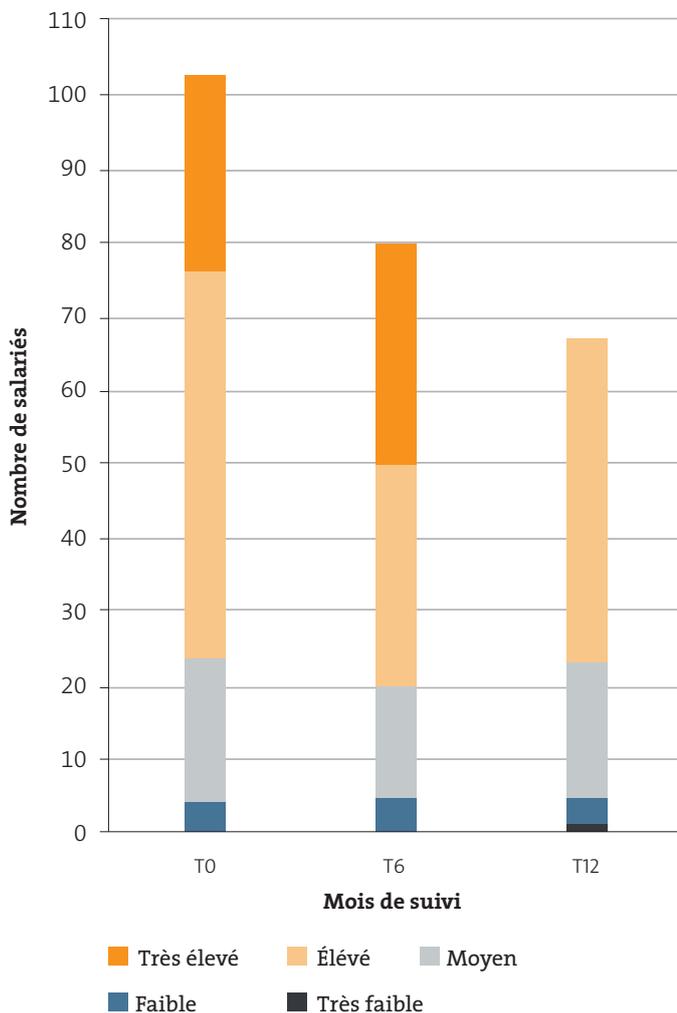


Figure 3 : Niveau de motivation à l’arrêt du tabac des salariés selon les réponses au test de Lagrue et Légeron à T0, 6 mois et 12 mois.

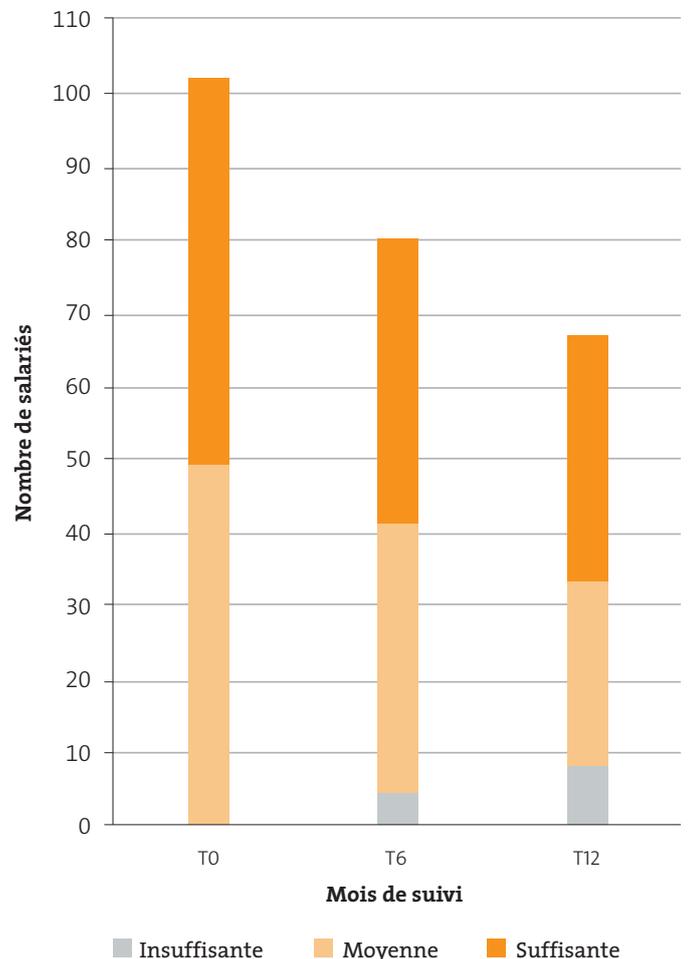
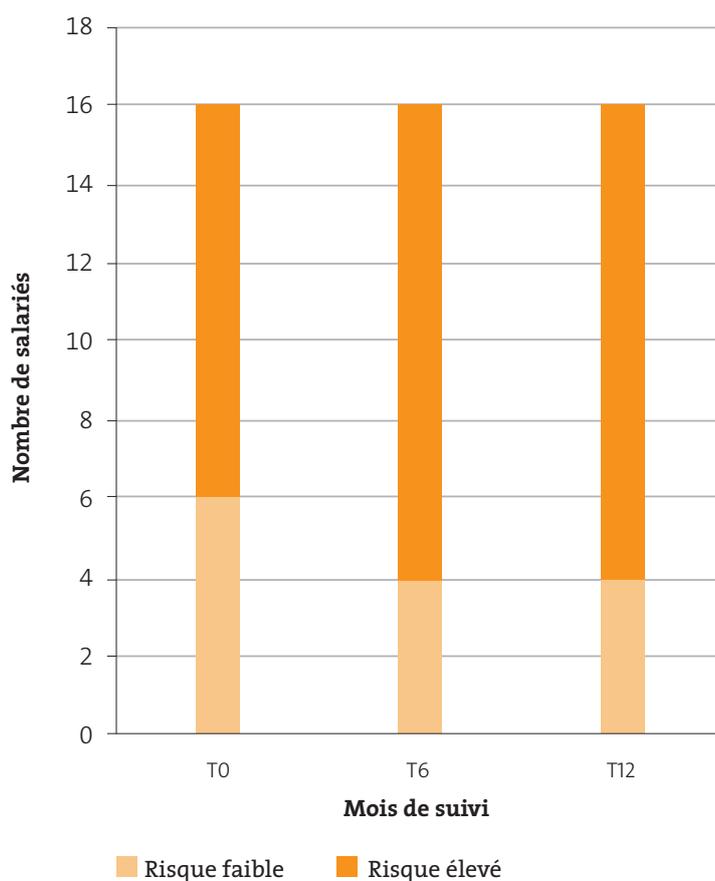


Figure 4 : Niveau d'usage problématique du cannabis des salariés selon les réponses au questionnaire CAST à T0, 6 mois et 12 mois.



semble des salariés et a été accepté par 79 salariés.

Le résultat moyen au test de Fagerström est de 6,67 avec un écart-type de 1,4. Sur les mêmes personnes, le test de Lagrue et Légeron a une moyenne de 13,96 avec un écart-type de 4,2. Le résultat moyen au test CAST est de 9,8 avec un écart-type de 5,1. La population répondante a donc une addiction moyenne au tabac avec un niveau de motivation hétérogène pour arrêter de fumer. Concernant les personnes ayant une co-consommation avec le cannabis, le niveau moyen d'addiction au cannabis est élevé.

Lors des entretiens motivationnels, il ressort trois thématiques principales incitant les salariés à vouloir arrêter de fumer : l'argent (63 récurrences) [prix du tabac + intéressement en lien avec absentéisme], la santé (19 récurrences) et la qualité de vie (10 récurrences).

Les principaux freins exprimés à l'arrêt du tabac sont les interactions sociales (38 récurrences) et l'arrêt de co-consommation (35 récurrences) [cannabis ou autres substances].

Les substituts nicotiques ont été proposés à 88 salariés (ceux fumant plus de 10 cigarettes par

jour) parmi eux, 75 ont acceptés. Sept salariés fumant moins de 10 cigarettes par jour ont demandé spontanément des substituts nicotiques.

ENTRETIEN DES 6 MOIS

Tous les salariés de la cohorte sont venus à l'entretien des 6 mois. Parmi eux, 22 salariés ne fumaient plus depuis plus d'une semaine. En revanche aucun des salariés concernés n'avait arrêté la consommation de cannabis. Ainsi il y a eu 80 tests Fagerström (figure 2), 80 tests Lagrue et Légeron (figure 3) et 16 tests CAST (figure 4). L'entretien motivationnel est choisi par 87 salariés. Il est à noter que 20 salariés l'ont demandé à chaque rendez-vous mensuel pendant ces 6 premiers mois de suivi.

Le résultat moyen au test de Fagerström est de 6,65 avec un écart-type de 1,3. Sur les mêmes personnes, le test de Lagrue et Légeron a une moyenne de 12,97 avec un écart-type de 4,2. Pour les co-consommateurs tabac – cannabis, le résultat moyen au test CAST est de 10,1 avec un écart-type de 5.

Lors des entretiens motivationnels, les trois thématiques principales citées lors du premier entretien comme motivation pour arrêter sont toujours présentes et une thématique est apparue : l'argent (60 récurrences) [prix du tabac + intéressement en lien avec absentéisme] ; la santé (24 récurrences) ; la qualité de vie (16 récurrences) ; le suivi facile (14 récurrences).

Les principaux freins à l'arrêt du tabac cités lors du premier entretien sont toujours présents : les interactions sociales (32 récurrences) et l'arrêt de co-consommation (31 récurrences) [cannabis ou autres substances].

À ce stade de l'étude, 40 salariés ont déjà tenté d'arrêter au moins 1 fois. Parmi eux, 23 salariés ont repris leur consommation de tabac. Trente-neuf salariés bénéficient d'un traitement par substituts nicotiques, dont 7 ont arrêté de fumer.

L'infirmier en santé au travail, un rôle dans l'accompagnement en tabacologie

ENTRETIEN DES 12 MOIS

Tous les salariés de la cohorte sont venus à l'entretien du 12^e mois. Parmi eux, 35 ne fumaient plus depuis plus d'une semaine. En revanche aucun des salariés concernés n'avait arrêté la consommation de cannabis. Ainsi, il y a eu 67 tests Fagerström (*figure 2*), 67 tests Lagrue et Légeron (*figure 3*) et 16 tests CAST (*figure 4*). L'entretien motivationnel est choisi par 78 salariés. Il est à noter que 18 salariés ont demandé cet entretien motivationnel à chaque rendez-vous mensuel depuis le 6^e mois. Parmi eux, 12 l'avaient déjà demandé mensuellement pendant les 6 premiers mois de suivi.

Le résultat moyen au test de Fagerström est de 5,76 avec un écart-type de 1,0. Sur les mêmes personnes, le test de Lagrue et Légeron a une moyenne de 12,50 avec un écart-type de 4,9. Pour les co-consommateurs tabac – cannabis, le résultat moyen au test CAST est de 10,3 avec un écart-type de 5,1.

Lors des entretiens motivationnels, les quatre thématiques principales citées lors de l'entretien des 6 mois comme motivation pour arrêter sont toujours présentes : l'argent (50 récurrences) [prix du tabac + intéressement en lien avec absentéisme] ; la santé (34 récurrences) ; la qualité de vie (33 récurrences) et le suivi facile (22 récurrences).

Les principaux freins à l'arrêt du tabac cités lors du premier entretien sont toujours présents : les interactions sociales (22 récurrences) et l'arrêt de co-consommation (21 récurrences) [cannabis ou autres substances].

À ce stade de l'étude, 66 salariés ont tenté d'arrêter au moins 1 fois. Parmi eux, 24 salariés ont repris leur consommation de tabac. Vingt-deux salariés bénéficient d'un trai-

tement par substitut nicotinique dont 12 ont débuté le traitement dans les 3 derniers mois.

BILAN DE LA CAMPAGNE

À la fin de l'étude, la consommation de tabac des participants a été comparée entre To et l'entretien du 12^e mois. La population se répartie en :

- 35 personnes ayant complètement arrêté de fumer à la fin de l'étude (32 hommes et 3 femmes) ;
- 21 personnes ayant arrêté de fumer pendant plus de 1 mois (20 hommes et 1 femme) ;
- 3 personnes ayant arrêté de fumer pendant moins de 1 mois (3 hommes) ;
- 23 personnes ayant diminué leur consommation de tabac sans avoir arrêté (22 hommes et 1 femme) ;
- 20 personnes n'ayant pas diminué leur consommation de tabac (17 hommes et 3 femmes).

Cette répartition montre que 59 personnes ont tenté, au moins une fois, d'arrêter de fumer au cours de l'étude. Parmi eux, 24 ont repris leur consommation avant la fin de l'étude.

Le phénomène de *craving* (impulsion vécue sur un instant donné, véhiculant un besoin irrésistible de consommation de tabac dans le cas présent) a été observé chez 44 salariés, soit 75 % des personnes ayant essayé d'arrêter au moins une fois (avec ou sans reprise). Parmi les 43 salariés n'ayant jamais pu arrêter de fumer, 33 ont décrit un phénomène de *craving*, soit environ 77 %.

Aucun salarié ayant une co-consommation tabac-cannabis n'a arrêté le tabac. Les verbatims lors des entretiens motivationnels font apparaître la co-consommation de cannabis comme le frein principal à l'arrêt du tabac. Malgré la proposition de rendez-vous avec un addictologue du CSAPA, aucun

rendez-vous n'a été pris durant la période de l'étude.

Par ailleurs, la consommation de café, importante lors de l'inclusion, s'est réduite de 4 tasses par jour durant l'étude.

DISCUSSION

LES BIAIS

Parmi les salariés volontaires pour arrêter ou réduire leur consommation de tabac, certains n'ont pas souhaité participer à l'étude (n = 11). Les motifs avancés étaient : un échec précédent au sevrage avec reprise d'un tabagisme après l'arrêt du suivi, le manque de disponibilité pour se prêter à l'étude, une mauvaise expérience avec les CSAPA. L'absence de groupe témoin (c'est-à-dire de groupe suivi en service de soin type CSAPA avec ou sans prescription de substitut nicotinique) oblige l'enquêteur à utiliser des données publiées et donc n'ayant pas la même période d'étude. De ce fait, le contexte sociétal et la prise de conscience collective peuvent impacter la comparaison. Le statut d'appartenance de l'infirmier à la même société que les salariés a pu provoquer une réticence de certains salariés à exprimer librement leurs ressentis sur leur consommation et envie d'arrêter.

Afin de rester pragmatique dans les éventuelles actions pouvant être effectuées après l'étude, il a été choisi de restreindre la recherche de potentiels freins aux horaires de travail et à la co-consommation tabac-cannabis.

L'étude ainsi que sa phase de préparation ont été structurées par deux personnes. Le raisonnement utilisé n'a pu être critiqué et donc peut entraîner une vision non contradictoire. L'analyse a été effectuée par un seul enquêteur, avec des ques-

tionnaires reconnus par les professionnels de santé travaillant en addictologie. Cependant les résultats obtenus ont été soumis à un groupe de relecture (1 praticien universitaire – praticien hospitalier (PU-PH) en médecine du travail, 4 médecins du travail extérieurs à l'entreprise, 3 médecins généralistes, dont un ayant un diplôme universitaire (DU) d'addictologie, 1 psychologue du travail, 1 psychologue clinicienne, 1 ergonome et 5 infirmiers en santé au travail) afin de valider ceux-ci. Dans le cas où il serait envisagé de refaire l'étude, il serait intéressant de distinguer les personnes qui souhaitent bénéficier d'une aide avec des traitements nicotiques de substitution de ceux qui ne le souhaitent pas et d'accentuer le cadre de l'étude sur les co-consommations (tabac-alcool ; tabac-café ; tabac-cannabis ; ...).

BÉNÉFICES D'UN ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE

Le phénomène de *craving* a été observé chez 77 salariés durant la période de l'étude. Ce phénomène a engendré quarante-cinq consultations supplémentaires qui se sont intercalées au suivi programmé. La réponse apportée lors de l'apparition de *craving* était basée sur deux éléments. Le premier est de rassurer le salarié sur l'apparition de ce phénomène. Et le second est d'aider le salarié à trouver un moyen de détourner son attention sur un autre élément (activité, sortie, sport, appel à la plateforme Tabac info service). Il s'agit donc d'un élément important à prendre en compte dans l'accompagnement proposé aux salariés.

Les résultats obtenus montrent que 80 % des salariés ont effectué des changements de leur consommation tabagique. Si on compare les taux d'arrêts définitifs de la pré-

sente étude (34 %) avec ceux de la HAS (3 à 5 %) [4], le fait de proposer un accompagnement par un personnel de santé présent dans l'entreprise couplé à la prescription de substitut nicotinique permet d'augmenter significativement les chances de réussite par rapport à une démarche isolée et sans prescription. Dans sa thèse, Poirel retrouve un taux voisin (2 personnes sur un groupe de 5 personnes) lors d'un accompagnement par le médecin généraliste [10]. Cette étude n'est cependant pas très significative par le nombre restreint de patients suivis et le contexte de la mise en place du suivi (suivi mis en place en lien avec une hospitalisation ou un problème de santé). Cependant la bibliographie menée dans le cadre de ce travail n'a pas permis d'autres comparaisons dans un cadre de suivi hors des locaux hospitaliers.

L'étude menée en 2014 par Le Faou et Magdelaine [11] au niveau de l'Hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) met en évidence l'intérêt de l'entretien motivationnel dans l'accompagnement au sevrage tabagique ainsi que l'importance de l'infirmier dans le suivi. L'étude a été réalisée sur un groupe de 34 personnes par envoi de questionnaire anonymisé. Les fumeurs avaient bénéficié d'un accompagnement au sevrage tabagique avec une première consultation externe par l'infirmière référente. Celle-ci permet, d'une part, d'accueillir plus rapidement les patients en demande de sevrage et, d'autre part, d'intensifier le suivi, en alternance avec les médecins, afin d'obtenir un sevrage durable et prévenir la rechute. Les patients étaient adressés par un médecin des hôpitaux universitaires Paris-Ouest lors d'une consultation, d'une hospitalisation, ou encore par un médecin de ville, un méde-

cin du travail ou un pharmacien. Enfin, il pouvait s'agir d'une démarche personnelle ou d'une demande de l'entourage.

L'INTÉRÊT DE L'INFIRMIER EN SANTÉ AU TRAVAIL

Plusieurs études montrent l'intérêt d'un accompagnement au long cours pour entretenir le sevrage tabagique, en particulier lors de prescription de substitut nicotinique [10] ou lors de la mise en place d'entretien motivationnel [12]. La présence permanente d'un IDEST sur le lieu de travail est un atout notamment par la simplicité d'accès (absence de la contrainte de prise de rendez-vous, confiance à l'égard de l'IDEST...). Ainsi, dans l'étude, 43 travailleurs sont venus consulter l'IDEST en dehors de tout rendez-vous programmé ; 12 salariés ont demandé au moins quatre entretiens supplémentaires au suivi mensuel dont 3 sont venus à un rythme mensuel en plus du suivi prévu.

De plus, la possibilité donnée à l'IDEST de prescrire des substituts nicotiques facilite l'adhésion au processus de sevrage.

La relation de proximité entre les salariés et l'IDEST en entreprise permet la mise en place d'une relation de confiance rapide et donc une facilité d'échange lors des entretiens motivationnels, ce contexte étant favorable à un changement d'habitude du salarié sur sa consommation de tabac. Cette relation de proximité permet également des contacts informels entre le salarié et l'IDEST, permettant un accès facile en cas d'apparition de difficultés.

Il est à noter également que, l'IDEST étant dans l'entreprise, il connaît mieux qu'un intervenant extérieur les conditions de travail.

Comme le montre la *figure 2* (p. 32), le niveau de dépendance

L'infirmier en santé au travail, un rôle dans l'accompagnement en tabacologie

à la nicotine baisse, passant de 76 salariés ayant un niveau élevé ou très élevé à 44 salariés sur les douze mois de l'étude. La baisse est plus importante après six mois de suivi. Il est donc intéressant de pouvoir proposer un suivi sur une longue période afin d'augmenter les chances de réussite du sevrage.

FREINS À L'ARRÊT DU TABAC

Dans l'étude présente, il apparaît que la co-consommation tabac-cannabis est surreprésentée dans la population étudiée (15,7 %) par rapport à la population générale (11,3 %) [13]. Aucun salarié de cette catégorie n'a réduit ou arrêté de fumer malgré un score de motivation comparable (13,46 contre 13,96) avec l'ensemble des travailleurs suivis. Malgré le faible nombre de salariés concernés, le test du χ^2 fait apparaître que dans des conditions identiques d'accompagnement au sevrage tabagique, la consommation conjointe de cannabis entrave le sevrage tabagique. En effet, selon les dires des salariés, ces derniers ne souhaitent pas réduire leur consommation de cannabis malgré la proposition d'un accompagnement spécifique au sevrage de cette substance. L'absence d'addictologie facilement accessible a peut-être influencé le comportement des salariés, qui n'ont pu demander de consultation avec le spécialiste. Toutefois, cette tendance mériterait d'être confirmée par d'autres études.

Le travail posté est surreprésenté dans la population étudiée (85,29 % des participants à l'étude) par rapport à l'ensemble des salariés de l'entreprise (59,77 %). Parmi les 87 salariés en travail posté de l'étude, 30 (34,5 %) ont arrêté totalement de fumer. Ils sont 5 (33 %) à avoir arrêté de fumer parmi les 15 tra-

vailleurs en horaires de jour. Il n'y a pas de grande différence de proportionnalité entre les deux groupes. Cela semble indiquer que, dans cette étude, les horaires de travail n'influent pas sur le processus de sevrage tabagique. De plus, les verbatims recueillis ne font pas apparaître les horaires de travail comme un facteur influent.

CONCLUSION

Une étude de suivi de sevrage tabagique a été mise en place dans une entreprise du secteur de la sous-traitance automobile par l'IDEST. L'instauration d'un suivi régulier par ce dernier sur une période de 13 mois (avec la possibilité d'entretiens plus fréquents pour ceux qui le désiraient) de 102 travailleurs a permis à 35 d'entre eux d'arrêter totalement de fumer et à 24 autres de tenter, au moins 1 fois, d'arrêter. Parmi les 16 salariés qui avaient une co-consommation de tabac et de cannabis aucun n'a arrêté la consommation de tabac et aucun n'a sollicité une consultation avec le service du CSAPA de secteur.

Dans la population étudiée, le travail en horaires postés ne semble pas être un frein à l'arrêt de la consommation de tabac.

Une consultation d'addictologues dans les SPST pourrait être envisagée, ou à défaut des professionnels de la santé au travail formés en addictologie, pour améliorer la prise en charge des addictions avant qu'elles n'entraînent des conséquences importantes sur la santé des salariés.

La reproduction de l'étude dans un autre contexte géographique et économique serait intéressante pour consolider les résultats obtenus.

POINTS À RETENIR

- La possibilité pour les infirmiers de santé au travail de prescrire des substituts nicotiques favorise leur implication dans le sevrage tabagique des salariés demandeurs.
- La recherche du phénomène de *craving* est à prendre en compte dans le suivi proposé.
- La co-consommation tabac-cannabis semble être un frein au sevrage tabagique.
- Dans cette étude, le travail en horaires postés ne semble pas être un frein au sevrage tabagique.
- La proximité du personnel du SPST en entreprise est un facteur favorisant la démarche d'accompagnement au sevrage tabagique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | ANDLER R, RICHARD JB, GUIGNARD R, QUATREMÈRE G ET AL. - Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019 ; 15 : 271-77.
- 2 | Personal Habits and Indoor Combustions. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Human. Volume 100E. Lyon : International Agency for Research on Cancer (IARC) ; 2012 : 592 p.
- 3 | BOHADANA A, BOISSINOT E, BONAY M, BRAMBILLA C ET AL. - Référentiel de Sémiologie Respiratoire. Collège des Enseignants de Pneumologie, 2009 (http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2014/12/Referentiel_National_Semiologie_Respiratoire_30_MAI_101.pdf).
- 4 | Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. Haute Autorité de Santé (HAS), 2014 (https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arr-et-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours).
- 5 | HEATHERTON TF, KOZLOWSKI LT, FRECKER RC, FAGERSTRÖM KO - The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991 ; 86 (9) : 1119-27.
- 6 | AUBIN HJ, LAGRUE G, LÉGERON P, AZOULAI G ET AL. - Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT). Construction et validation. *Alcoolologie Addictologie.* 2004 ; 24 (4) : 311-16.
- 7 | LEGLEYE S, KARILA L, BECK F, REYNAUD M - Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use.* 2007 ; 12 (4) : 233-42.
- 8 | MILLER WR, ROLLNICK S - L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Paris : InterÉditions ; 2006.
- 9 | Mémo substituts nicotiniques. Accompagner son patient dans un arrêt de tabac avec les TSN. Rennes : ARS Bretagne ; 2019 : 8 p.
- 10 | POIREL C - 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. Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Nancy : Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy ; 2016 : 111 p.
- 11 | MAGDELAIN C, LE FAOU AL - Le rôle de l'infirmière dans l'aide au sevrage tabagique. *Soins.* 2018 ; 63 (823) : 16-21.
- 12 | ADAMSON SJ, SELLMAN JD - Five-year outcomes of alcohol-dependent persons treated with motivational enhancement. *J Stud Alcohol Drugs.* 2008 ; 69 (4) : 589-93.
- 13 | Les niveaux d'usage de cannabis en France en 2020. Note 2021-6. Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), 2021 (<https://www.ofdt.fr/publications/collections/resultats/note-cannabis-barometre-sante/>).



ANNEXE 1 LE QUESTIONNAIRE

Test de Fagerström [5]

1. **Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?**
 - Dans les 5 premières minutes.....3 pts
 - 6 à 30 minutes.....2 pts
 - 31 à 60 minutes.....1 pt
 - Plus de 60 minutes.....0 pt

2. **Trouvez-vous qu'il est difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinéma, bibliothèque) ?**
 - Oui 1 pt
 - Non 0 pt

3. **À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?**
 - À la première du matin..... 1 pt
 - À une autre 0 pt

4. **Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?**
 - Moins de 10 cigarettes..... 0 pt
 - 11 à 20 cigarettes..... 1 pt
 - 21 à 30 cigarettes..... 2 pts
 - Plus de 30 cigarettes..... 3 pts

5. **Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?**
 - Oui 1 pt
 - Non 0 pt

6. **Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de rester dans le lit toute la journée ?**
 - Oui 1 pt
 - Non 0 pt

Interprétation du niveau de dépendance :

- 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

ANNEXE 2 LE QUESTIONNAIRE

Test de Lagrue et Légeron [6]

1. **Pensez-vous que dans 6 mois ?**
 - Vous fumerez toujours autant ? 0 pt
 - Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? 2 pts
 - Vous aurez diminué beaucoup votre consommation de cigarettes ? 4 pts
 - Vous aurez arrêté de fumer ? 8 pts

2. **Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?**
 - Pas du tout 0 pt
 - Un peu 1 pt
 - Beaucoup 2 pts
 - Énormément 3 pts

3. **Pensez-vous que dans 4 semaines ?**
 - Vous fumerez toujours autant ? 0 pt
 - Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? 2 pts
 - Vous aurez diminué beaucoup votre consommation de cigarettes ? 4 pts
 - Vous aurez arrêté de fumer ? 8 pts

4. **Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ?**
 - Jamais 0 pt
 - Quelquefois 1 pt
 - Souvent 2 pts
 - Toujours 3 pts

Interprétation du niveau de motivation :

- **INSUFFISANTE** → Score entre 0 et 6 inclus
- **MOYENNE** → Score entre 7 et 13 inclus
- **SUFFISANTE** → Score supérieur à 13

ANNEXE 3 LE QUESTIONNAIRE

Test CAST [7]

1. **Avez-vous fumé du cannabis avant midi ?**
 - Jamais 0 pt
 - Rarement 1 pt
 - De temps en temps 2 pts
 - Assez souvent 3 pts
 - Très souvent 4 pts

2. **Avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?**
 - Jamais 0 pt
 - Rarement 1 pt
 - De temps en temps 2 pts
 - Assez souvent 3 pts
 - Très souvent 4 pts

3. **Avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?**
 - Jamais 0 pt
 - Rarement 1 pt
 - De temps en temps 2 pts
 - Assez souvent 3 pts
 - Très souvent 4 pts

4. **Des amis ou de la famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?**
 - Jamais 0 pt
 - Rarement 1 pt
 - De temps en temps 2 pts
 - Assez souvent 3 pts
 - Très souvent 4 pts

5. **Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?**
 - Jamais 0 ps
 - Rarement 1 pt
 - De temps en temps 2 pts
 - Assez souvent 3 pts
 - Très souvent 4 pts

6. **Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident...) ? Lesquels ?**
 - Jamais 0 pts
 - Rarement 1 pts
 - De temps en temps 2 pts
 - Assez souvent 3 pts
 - Très souvent 4 pts

Interprétation du niveau de risque de dépendance :

- **ABSENCE** → Score entre 0 et 2 inclus
- **FAIBLE** → Score 3 et 6 inclus
- **ÉLEVÉ** → Score supérieur ou égale à 7

ANNEXE 4 TRAME ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Afin de permettre une reproduction expérimentale, il a été utilisé une trame pour réaliser les entretiens motivationnels. L'entretien est semi-directif et se compose uniquement de questions ouvertes pour réorienter le discours du salarié et le recentrer sur le cheminement de la trame.

La trame est organisée comme suit :

RETOUR SUR EXPÉRIENCE

Au cours du temps, le salarié peut exprimer librement son ressenti sur son vécu par rapport à sa consommation. Les réussites sont mises en valeur. Les revers ne sont pas pointés comme des échecs mais comme des passages amenant le salarié à mieux se connaître vis-à-vis de sa consommation.

RESTITUTION DES RÉSULTATS DES TESTS DU JOUR

Les résultats sont restitués en expliquant le barème d'évaluation propre au test. Cela permet de confronter le salarié à une réalité objectivable sur sa relation au tabac et au cannabis.

ATTENTE DU SALARIÉ

À la suite de la restitution, il est demandé au salarié d'exprimer ses attentes, que ce soit à court, moyen ou long terme. Cette étape est essentielle afin de mettre en avant la nécessité d'arrêter de fumer.

ASPECT BLOQUANT

Si le salarié continue de fumer à ce jour, il est important de l'amener à réfléchir sur les éléments, qui selon lui, sont bloquants dans l'arrêt de sa consommation.

OBJECTIF POUR LE PROCHAIN RENDEZ-VOUS

L'objectif est énoncé par le salarié. Il doit être établi de manière SMART :

- Spécifique
- Mesurable
- Atteignable
- Réaliste
- Temporel