



## Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

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

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

Contact : [secretariat@kine-nancy.eu](mailto:secretariat@kine-nancy.eu)

## Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉGION GRAND EST

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**ÉTAT DES LIEUX DU DÉPISTAGE, DE LA PRÉVENTION ET  
DE LA PRISE EN CHARGE TABAGIQUE PAR LES  
KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX EN FRANCE.**

**Sous la direction de Corinne FRICHE**

Mémoire présenté par **Antoine MANDET**  
étudiant en 4<sup>ème</sup> année de masso-  
kinésithérapie, en vue de valider l'UE 28  
dans le cadre de la formation initiale du  
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute  
Promotion 2016-2020



**UE28 – MEMOIRE**

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**CONTRE LE PLAGIAT**

Je soussigné, Antoine MANDET,

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le 03 avril 2020

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant de près comme de loin contribué à l'élaboration de ce travail de fin d'étude.

Je voudrais commencer par remercier ma directrice de mémoire, Corinne FRICHE, pour l'aide qu'elle m'a apportée dans ce travail.

Je remercie le personnel de l'IFMK de Nancy pour la qualité de la formation que j'ai eu la chance de suivre.

Je tiens tout particulièrement à remercier :

Sophie, Clothilde et Mathilde pour tous les bons moments passés à vos côtés.

Mathias et Alexandre pour tous ces moments de révisions intenses ainsi que tous ces délires partagés.

Christian pour toute l'aide apportée au traitement de mes données.

A ma famille de m'avoir soutenu durant ces études.

Enfin, merci à toi Olga, pour tout ce que tu représentes ainsi que l'aide infaillible que tu m'apportes.

## RESUME

### ÉTAT DES LIEUX DU DÉPISTAGE, DE LA PRÉVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE TABAGIQUE PAR LES KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX EN FRANCE.

**Introduction / Objectifs :** Le tabagisme affecte tous les grands systèmes de l'organisme ainsi que tous les organes et types de tissus. Quelle que soit la pathologie du patient, sa consommation de tabac est un frein à sa rééducation. Cette étude a pour but de réaliser un état des lieux du dépistage, de la prévention et de la prise en charge tabagique par les kinésithérapeutes libéraux ainsi que d'évaluer leur perception et leurs connaissances de cette addiction.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive réalisée par questionnaires en ligne de novembre 2019 à février 2020 et destinée aux kinésithérapeutes libéraux exerçant en France. La diffusion a été réalisée via le réseau des 45 000 adhérents de la FFMKR.

**Résultats :** 348 questionnaires ont été analysés. 70,0 % dépistaient le tabagisme et 46,1% l'intégraient au bilan initial, avec comme objectifs principaux d'effectuer une prévention tabagique (41,4%) et d'adapter la prise en charge de rééducation (23,7%). L'oubli (20,1%), le manque de connaissances (18,0%) et de moyens (15,8%) étaient les principaux freins. 15,4% connaissaient la définition du conseil minimal alors qu'en réalité 90,0% délivraient ce conseil. La prise en charge tabagique était réalisée par 23,4% des kinésithérapeutes en indiquant les méthodes de sevrage tabagique (27,9%) ou en orientant vers un autre professionnel (14,4%). Au total, seuls 9,6% des kinésithérapeutes avaient déjà prescrit des substituts nicotiques. L'absence de prise en charge était justifiée par un manque de connaissances (37,2%) et de moyens (11,4%). Les kinésithérapeutes considéraient le dépistage (82,8%) et la prévention (90,1%) comme de leur compétence contrairement à la prise en charge tabagique (47,9%). Les kinésithérapeutes formés en tabacologie dépistaient davantage ( $p=0,045$ ), délivraient davantage le conseil minimal ( $p=0,003$ ), proposaient davantage un sevrage tabagique ( $p<0,001$ ) et la prescription de substituts nicotiques ( $p<0,001$ ).

**Discussion/Conclusion :** Les kinésithérapeutes occupent une place essentielle dans la prévention et l'aide au sevrage tabagique. La tabacologie doit être davantage intégrée aux programmes de formation initiale et à la formation continue afin que la profession soit mieux impliquée dans la lutte contre le tabagisme.

**Mots-clés :** dépistage tabagique, kinésithérapie, sevrage tabagique, tabac

---

### STATUS OF SCREENING, PREVENTION AND CAR OF SMOKING PATIENT BY INDEPENDENT PHYSIOTHERAPISTS IN FRANCE.

**Introduction/Goals:** Smoking affects every system in the organism, as well as every organ and all type of tissues. No matter what the pathology of the patient may be, it's consumption of tobacco is an obstacle to its recovery. This study aims to present a state of play of detection, prevention and of the care given to smoking patients by physiotherapists, as well as identifying their beliefs and evaluate their knowledge of this addiction.

**Data and methods:** It is a quantitative and descriptive study, with data collected using questionnaires from November 2019 to February 2020 sent to physiotherapists in France. The diffusion of the questionnaires was made through the FFMKR network, which is 45,000 people strong.

**Results:** 348 questionnaires have been analysed. 70.0% detected smoking and 46.1% were integrating it to their initial assessment, with the purpose to operate tobacco prevention (41.4%) and adapt medical care (23.7%). Forgetfulness (20.1%), lack of knowledge (18.0%) and lack of resources (15.8%) were the main obstacles. 15.4% knew the definition from the minimal advice whereas 90.0% were giving this advice. Smoking cessation support was realised by 23.4% of physiotherapists, who indicated the methods of tobacco weaning (27.9%) or recommended another professional (14.4%). Overall, only 9.6% of physiotherapists had already used nicotine substitutes. The absence of care was justified by a lack of knowledge (37.2%) and a lack of resources (11.4%). Physiotherapists considered detection (82.8%) and prevention (90.1%) as being under their scope, but not specific smoking medical care (47.9%). Physiotherapists trained in tobacco issues detected more ( $p=0.045$ ), were giving the minimal advice more often ( $p=0.003$ ) and offered more often tobacco weaning solutions ( $p<0.001$ ) and prescribed nicotine substitutes ( $p<0.001$ ).

**Discussion/Conclusion:** Physiotherapists take a huge role in detection and help to get to tobacco weaning. Tobacco issues should be more broadly integrated to universities degrees and professional trainings so that physiotherapists can be more involved in the fight against tobacco.

**Key words:** smoking detection, physiotherapy, smoking weaning, tobacco

# SOMMAIRE

## TABLE DES TABLEAUX

## TABLE DES FIGURES

## ABREVIATIONS

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>2. MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>5</b>
2.1. Objectifs .....	5
2.2. Stratégie de recherche documentaire .....	5
2.3. Population cible.....	5
2.4. Dispositif de recherche .....	6
2.5. Elaboration du questionnaire.....	7
2.5.1. Les axes du questionnaire.....	7
2.5.2. Variables recueillies.....	8
2.6. Analyse statistique.....	8
2.7. Considération éthique et réglementaire .....	9
<b>3. RESULTATS</b> .....	<b>11</b>
3.1. Constitution de l'échantillon.....	11
3.2. Population .....	12
3.2.1. Caractéristiques de la population .....	12
3.2.2. Formation des kinésithérapeutes constituant l'échantillon .....	14
3.2.3. Statut tabagique de l'échantillon .....	15
3.3. Dépistage tabagique.....	16
3.3.1. Fréquence du dépistage.....	16
3.3.2. But du dépistage.....	19
3.4. Dépistage non systématique .....	20
3.5. Prise en charge du tabagisme.....	22
3.5.1. Fréquence de prise en charge.....	22

3.5.2.	Détails de la prise en charge tabagique.....	23
3.5.1.	Le conseil minimal .....	25
3.6.	Pratique des MK prenant en charge le tabagisme.....	26
3.7.	Non prise en charge du tabagisme .....	28
3.8.	Rôle du kinésithérapeute .....	29
3.9.	Connaissance du tabagisme .....	31
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>34</b>
4.1.	Les points forts de l'étude.....	34
4.1.1.	Choix du sujet .....	34
4.1.2.	Représentativité de l'échantillon.....	35
4.1.3.	Résultats obtenus .....	36
4.2.	Les résultats.....	37
4.2.1.	Echantillon.....	37
4.2.2.	Dépistage tabagique.....	38
4.2.3.	Prise en charge tabagique.....	42
4.2.4.	Perception du rôle des kinésithérapeutes et désir de formation.....	45
4.3.	Les points faibles de l'étude .....	46
4.3.1.	Les biais .....	46
4.3.2.	Les limites .....	47
4.4.	Perspectives .....	48
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>49</b>

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

## **RESUME**

## **TABLE DES TABLEAUX**

TABLEAU I - Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.....	12
TABLEAU II - Formation des kinésithérapeutes .....	14
TABLEAU III – Statut tabagique de l'échantillon.....	15
TABLEAU IV – Dépistage tabagique.....	17
TABLEAU V – Choix d'aborder la question du tabagisme.....	18
TABLEAU VI – But du dépistage.....	19
TABLEAU VII – Dépistage non systématique.....	20
TABLEAU VIII – Choix d'aborder le sujet du tabagisme.....	21
TABLEAU IX – Prescription de substituts nicotiques.....	23
TABLEAU X – Outils pour la prise en charge tabagique .....	26
TABLEAU XI – Orientation vers un autre professionnel .....	27
TABLEAU XII – Raison de la non prise en charge du tabagisme .....	28
TABLEAU XIII – Intérêt pour une formation tabacologie .....	33



## **TABLE DES FIGURES**

FIGURE 1 – Diagramme de flux d'inclusion des répondants .....	11
FIGURE 2 - Fréquence du dépistage tabagique.....	16
FIGURE 4 – Fréquence du conseil minimal et de prise en charge .....	22
FIGURE 4 – Qu'est-ce que le conseil minimal ?.....	25
FIGURE 5 – Perception du rôle du kinésithérapeute en tabacologie .....	29
FIGURE 6 - La question du tabagisme est-elle facile à aborder ? .....	30
FIGURE 7 – Nombre de cigarettes quotidiennes, seuil de nocivité .....	31
FIGURE 8 – Score de connaissance sur la tabacologie.....	32

## **ABREVIATIONS**

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

FFMKR : Fédération Française de Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

MK : Masseur-Kinésithérapeute

OR : Odds Ratio

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

RR : Risque Relatif

TNS : Traitement Substituts Nicotiques

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

## 1. INTRODUCTION

La consommation de tabac est la première cause de mortalité évitable dans le monde (1). Le tabac tue plus de 8 millions de personnes chaque année dont 80 000 en France (1,2). Un fumeur poursuivant son tabagisme tout le long de sa vie décèdera d'une maladie liée au tabac dans 50% des cas. Ainsi, il réduit son espérance de vie de 20 à 25 ans en moyenne(3,4).

La France compte actuellement près de 16 millions de fumeurs. Selon le Baromètre Santé 2017, 25,2% de la population de 18 à 75 ans fume quotidiennement (5). Ce chiffre augmente à 32% si on y ajoute les fumeurs occasionnels (moins d'une cigarette par jour). La proportion de fumeur augmente chez les plus jeunes. Elle est estimée à 35% chez les 18-34 ans et à 31% chez les 35-45 ans contre 14% chez les 55-75 ans. Chez les hommes, nous constatons une diminution du nombre de fumeurs quotidiens depuis les années 60, passant de 57% à 29,8% de la population actuellement. La proportion de femmes fumant quotidiennement suit la même évolution que celle des hommes depuis les années 2000. Elles sont passées de 26,4% en 2000 à près de 24,9% de consommatrices aujourd'hui. Malgré cette tendance baissière, la prévalence du tabagisme en France reste une des plus élevées d'Europe (6). Des taux bien moins élevés sont observés chez nos voisins avec notamment 24% de la population en Italie, 19% en Belgique ou encore 17% en Angleterre (7).

Le tabagisme affecte tous les grands systèmes de l'organisme ainsi que tous les organes et types de tissus. Les atteintes les plus connues sont celles de l'appareil respiratoire (8). Le tabagisme contribue à l'augmentation de la prévalence de cancers des poumons (RR=10,92 ; IC95% : [8,28-14,40]), du larynx, de l'œsophage ou des voies aérodigestives supérieures (9). Nous savons aujourd'hui que le tabagisme est responsable de près de 90% des cancers des poumons (10,11). Nous constatons également une augmentation de la survenue de pneumothorax spontanés (RR=22 chez l'homme et 9 chez la femme), d'emphysème, d'asthme (RR=1,61 ; IC95% : [1,07—2,42]) et de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (RR=4,01; IC95% : [3,18-5,05]) (12).

Le tabagisme affecte également le système cardiovasculaire. Il favorise l'hypertension artérielle et la diminution des lipoprotéines de haute densité induisant le développement d'athérosclérose. Il majore la survenue d'infarctus du myocarde, d'artériopathie obstructive des membres inférieurs (AOMI), d'atteinte des artères coronaires et d'anévrisme abdominal (9,13).

L'exposition au tabac provoque un retard de cicatrisation de tous les types de tissus du corps humain. Il affecte l'hémostase et l'inflammation en modifiant la composition du caillot en formation lors d'une lésion tissulaire (14). Les données de la littérature montrent que les fumeurs présentent un risque multiplié par deux à dix de complications de plaies et de retards de cicatrisation après une chirurgie. L'arrêt du tabagisme quatre à six semaines avant l'intervention diminue significativement les problèmes de cicatrisation post opératoire ( $p < 0,05$ ) (15).

Le tabagisme présente également un impact négatif sur les suites chirurgicales. Nous constatons chez les fumeurs une augmentation du délai de consolidation osseuse de quatre semaines, une augmentation de 8% de la nécessité d'opérations secondaires lors de fractures ouvertes de jambe ( $p < 0,05$ ) ainsi qu'une augmentation de pseudarthrose de 12,3% lors d'arthrodèse vertébrale ( $p < 0,05$ ) (16). Nous observons également une augmentation de 36% de tous les types de complications chez les fumeurs bénéficiant d'une chirurgie prothétique de hanche et de genou ( $p < 0,01$ ). Il est notamment décrit des atteintes infectieuses, cicatricielles, de paralysies nerveuses ou encore de fractures osseuses lors de la mise en place de la prothèse (17). Une revue de la littérature effectuée par Dautzenberg *et al.* développe un nombre considérable de complications chirurgicales chez les patients tabagiques, notamment liées à l'anesthésie telles qu'une augmentation des risques de mauvaises réactions respiratoires ou cardiovasculaires (18).

Le tabagisme est un facteur de risque pour de nombreuses pathologies neurologiques. Ott *et al.* ont montré une association entre le tabagisme et un risque accru de développer la maladie d'Alzheimer (RR=2,3, IC à 95% [1,3-4,1]) ou une démence vasculaire (RR=2,2, IC à 95% [1,3-3,6]) (19). Les risques d'accidents vasculaires cérébraux sont multipliés par 1,9 chez les fumeurs (IC à 95% [1,71-2,16]) (13). De nombreuses études concluent à un risque de 1,2 à 1,5 fois plus important de développer une sclérose en plaque. Chez les patients atteints de cette pathologie, nous constatons un risque plus important d'évoluer vers une forme progressive ( $p < 0,01$ ). Les risques de passage en forme secondaire sont multipliés par trois chez les fumeurs (20). Pour finir, le tabac jouerait un rôle inattendu dans la survenue de la maladie de Parkinson. Une méta-analyse de 48 études a montré une corrélation favorable entre le tabagisme et l'apparition de cette pathologie (OR = 0,6). Ce résultat peut être interprété comme la réduction du risque d'être atteint par cette pathologie d'environ 40% chez les fumeurs (21). Cependant il est nécessaire de rester prudent concernant les résultats de ces études, certains biais de sélection et d'attrition pourraient modifier ces résultats.

Enfin, le tabagisme a un impact encore plus large sur la santé du patient. La quasi-totalité des organes peuvent être atteints de cancers liés à l'exposition au tabac avec par exemple le rein (RR = 1,4), le pancréas (RR = 1,1-1,8), le foie (RR = 1,1-9,6) ou la vessie (RR = 2,7) (22). L'hypoxie généralisée ainsi que le stress oxydatif que subissent la majorité des cellules d'un fumeur contribuent à ce développement de cancers. Par ailleurs, les risques de développer un diabète de type 2 sont multipliés par trois pour les patients fumeurs. (9). Pour finir, l'atteinte du système reproducteur chez l'homme induit une diminution de la quantité et la qualité de sperme, augmentant ainsi le risque d'hypofertilité (23,24). Chez la femme, nous constatons l'apparition de cancers du col de l'utérus (RR = 1,5), de troubles de la fertilité et de pathologies gravidiques (25,26).

Au vu de toutes ces complications, nous comprenons aisément que quel que soit le motif de consultation chez un kinésithérapeute, le tabagisme est un frein à l'efficacité de la rééducation. Par ailleurs, la lutte contre le tabagisme étant un enjeu de santé publique prioritaire en France, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande depuis 2014 à tous les professionnels de santé de procéder systématiquement à un dépistage tabagique ainsi qu'à un conseil d'arrêt aux patients fumeurs. Elle préconise également de dispenser le conseil minimal à chaque patient au moins une fois par an pour être efficace. Il consiste à demander « Est-ce que vous fumez ? » et si oui, « Désirez-vous arrêter de fumer ? » (Annexe I). Le conseil minimal contribue à lui seul à sevrer plusieurs milliers de personnes chaque année (27). En cas de seconde réponse positive, le professionnel de santé peut démarrer une prise en charge avec simple don de brochure de l'HAS ou orienter le patient vers un professionnel spécialisé. Faire comprendre au patient que nous sommes disposés à lui venir en aide est un premier pas vers le sevrage (28). Le principe essentiel de la prise en charge tabagique est de proposer un accompagnement et un soutien psychologique au patient. En plus du don de kits complets réalisés par des organismes spécialisés tels que *Tabac-info-service*, les kinésithérapeutes ont la possibilité depuis la loi de modernisation de la santé du 26 janvier 2016 de prescrire des substituts nicotiniques (29). Nous observons ici un souhait du ministère de la santé d'élargir les outils à la disposition des kinésithérapeutes ainsi que des autres professionnels pour lutter contre le tabagisme.

Acteurs majeurs de la prévention et impliqués dans l'éducation thérapeutique, les kinésithérapeutes effectuent plus de 1,5 millions d'actes par jour en France. Travaillant avec des patients de tous âges, ils sont en première ligne pour participer au sevrage tabagique. Grâce aux actes réguliers qu'ils effectuent, parfois plusieurs fois par semaine, ils établissent

une relation privilégiée avec leurs patients. Une bonne communication étant au cœur d'une rééducation efficace, ils semblent être parfaitement disposés à effectuer un dépistage et une prévention tabagique (30). Pour finir, ils œuvrent dans la prise en charge de multiples pathologies. Que ce soit pour effectuer des actes de kinésithérapie respiratoire, de la rééducation ou de l'éducation thérapeutique pour diverses pathologies, ils ont une bonne connaissance de la physiologie. La prise en charge tabagique doit être un point à ne pas négliger dans le traitement de ces patients. Nous chercherons dans cette étude à déterminer s'ils se sentent concernés par cette problématique.

Lors de différents stages en milieu libéral ainsi que lors de journées de formations regroupant des dizaines de kinésithérapeutes libéraux, j'ai pu constater qu'ils étaient très peu à connaître les nouvelles compétences du kinésithérapeute en matière de lutte contre le tabagisme. Beaucoup m'ont avoué relever le statut tabagique de leurs patients de manière presque automatique sans réellement prendre en considération cette information. La prise en charge kinésithérapique devant être la plus globale possible, il m'a semblé dommageable qu'un élément aussi important, allant à l'encontre de la santé du patient, ne soit souvent qu'un élément du bilan et non une piste de traitement. Il me parut alors intéressant de déterminer si ces échanges étaient une exception ou plutôt la norme. Après m'être rapproché de Corinne FRICHE, responsable du groupe de travail chargé de la lutte contre le tabagisme de l'Agence Régionale de Santé (ARS), j'ai appris qu'ils débutaient l'élaboration d'une formation en ligne concernant la prescription de substituts nicotiques pour les kinésithérapeutes. Il m'a ainsi paru intéressant de réaliser un état des lieux du dépistage, de la prévention et de la prise en charge tabagique des kinésithérapeutes en milieu libéral en France.

### **En France, les kinésithérapeutes libéraux sont-ils acteurs du dépistage, de la prévention et de la prise en charge tabagique ?**

Au vu de tous ces éléments, plusieurs hypothèses ont été formulées :

- Hypothèse n°1 : Les kinésithérapeutes libéraux dépistent, mais ne prennent pas en charge le tabagisme de leurs patients.
- Hypothèse n°2 : Le niveau de connaissance en tabacologie des kinésithérapeutes libéraux influence leur prise en charge du tabagisme.
- Hypothèse n°3 : Les kinésithérapeutes libéraux spécialisés en kinésithérapie respiratoire prennent davantage en charge le tabagisme de leurs patients.

## 2. MATERIEL ET METHODE

### 2.1. Objectifs

Le principal objectif de ce travail était de réaliser un état des lieux du dépistage, de la prévention et de la prise en charge tabagique des kinésithérapeutes en milieu libéral en France.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les connaissances des kinésithérapeutes concernant les conséquences du tabac en santé générale ainsi que de mesurer leur niveau d'implication dans la lutte contre cette addiction.

### 2.2. Stratégie de recherche documentaire

Plusieurs bases de donnée tel que PubMed, Google Scholar, Kinédoc ont été utilisées afin de réaliser cette étude. Lorsque c'était possible, nous avons privilégié les articles français ou anglais de moins de cinq ans. Nous nous sommes également appuyés sur les informations communiquées par le site officiel du Ministère de la Solidarité et de la Santé et de la HAS.

Les mots clés les plus utilisés étaient en anglais « *nicotine* », « *physiothérapie* » « *smoke* », « *smoking* », « *tobacco* » et en français « fumeur », « kinésithérapie », « kinésithérapeutes », « substituts nicotiques », « tabagisme », « tabac ».

### 2.3. Population cible

Nous avons choisi d'étudier les pratiques professionnelles des kinésithérapeutes libéraux exerçant en France. Près de 85% des MK travaillent en milieu libéral en France, cette cible nous a semblé prioritaire. La proximité avec le prescripteur pouvant influencer les pratiques des kinésithérapeutes, nous avons ciblé les libéraux et non les professionnels exerçant en institution. Nous ne voulions pas que l'étude soit biaisé par les habitudes propres à chaque structure institutionnelle. Enfin, nous avons ciblé tous les kinésithérapeutes libéraux de France dans le but d'obtenir des résultats les plus représentatifs possible des pratiques de la profession.

## 2.4. Dispositif de recherche

Nous avons réalisé, à l'aide d'un questionnaire, une étude quantitative, descriptive et transversale ayant pour but de recueillir les pratiques professionnelles des kinésithérapeutes en matière de lutte contre le tabagisme (Annexe II).

Cette enquête a été réalisée en ligne via l'outil de partage Google Formulaire<sup>®</sup> de fin novembre 2019 à début février 2020. Sa transmission par mail a permis de recueillir simplement et rapidement un grand nombre de réponses. Une fois la diffusion terminée, les données anonymes collectées ont été capitalisées dans un tableau Excel<sup>®</sup>.

Au préalable, nous avons procédé à une pré-enquête auprès de cinq kinésithérapeutes exerçant en libéral. Leurs retours ainsi que leurs réponses ont permis d'affiner, de reformuler et de modifier certaines questions. Le but de cette pré-enquête était de rendre le questionnaire le plus clair possible afin de limiter les biais de compréhension. Nous avons estimé la durée de réponse de 5 à 10 minutes.

Deux moyens de diffusion ont été choisis pour atteindre le maximum de kinésithérapeutes libéraux. Le premier fut de le transmettre par mail à l'aide de la Fédération Française de Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR) par le biais de Corinne FRICHE. Cet organisme a partagé notre enquête à près de 45 000 kinésithérapeutes libéraux via leurs canaux de diffusion de mails. Leur base de données regroupe les coordonnées des adhérents de plusieurs syndicats de la profession, de la Maison des Kinés ainsi qu'à des abonnés de revues telles que Kiné Actualité ou Kinésithérapie Scientifique. Cependant, il était impossible d'effectuer une relance via leur réseau à cause du nombre de sollicitations de diffusion qu'ils reçoivent chaque jour. Le second moyen de diffusion fut le groupe Facebook « Le réseau des kinés », regroupant 35 000 kinésithérapeutes venant de tout horizon.

Suite à l'envoi des premiers questionnaires, nous avons reçu des propositions de diffusion de ce questionnaire dans des groupes spécialisés en kinésithérapie respiratoire. Nous avons refusé pour ne pas biaiser la représentativité de notre échantillon.

Le nombre de sujets souhaité pour cette étude fut déterminé à partir de la taille de notre population cible avec un niveau de confiance à 95% et une marge d'erreur de 5%. Selon un rapport de l'Ordre des kinésithérapeutes de 2017, le nombre de kinésithérapeutes inscrits au tableau de l'ordre et exerçant en libéral était de 72824 (31). Ainsi, nous devons récolter 380



réponses valides pour obtenir un échantillon représentatif des kinésithérapeutes libéraux de France (32).

## **2.5. Elaboration du questionnaire**

### **2.5.1. Les axes du questionnaire**

L'enquête était divisée en trois grandes parties suivies de deux questions complémentaires.

La première avait pour but de définir les critères sociodémographiques des kinésithérapeutes de l'échantillon. Nous avons cherché dans cette partie à définir le profil du répondant en recueillant l'année d'obtention de son diplôme, son sexe, son statut tabagique, son lieu et sa forme d'exercice ainsi que sa participation éventuelle à des formations en tabacologie/addictologie ou en kinésithérapie respiratoire. Les données recueillies dans cette partie nous ont permis de créer des sous populations dans notre échantillon.

La deuxième partie abordait le sujet du dépistage et de la prise en charge tabagique. Il s'agissait ici de comprendre si les kinésithérapeutes effectuaient ces actes et de quoi dépendait ce choix. Selon leurs réponses, différentes questions leur ont été posées afin de mieux comprendre leur pratique. Les questions abordant les fréquences de dépistage ou de prise en charge étaient à choix simple alors que celles ayant pour but de comprendre les habitudes ou difficultés des thérapeutes étaient à choix multiples semi-ouvertes.

Enfin, la dernière partie permettait de définir le rôle du kinésithérapeute dans la lutte contre le tabagisme ainsi que d'évaluer les connaissances de ces derniers concernant la nocivité du tabac. Une échelle graduelle, inspirée de celle de Likert, a fréquemment été utilisée ici afin de recueillir le plus fidèlement les impressions des répondants. Pour analyser plus facilement ces résultats, nous avons décidé de créer un score de connaissance. Les kinésithérapeutes se voyaient attribuer des points en fonction de leurs réponses aux 8 questions de connaissance sur la tabacologie. Ces questions abordaient l'impact du tabagisme sur 8 types de pathologies. Etant toutes vraies, les kinésithérapeutes recevaient 2 points s'ils répondaient « Tout à fait d'accord », 1 point pour « D'accord » et aucun point pour « Je ne sais pas », « Pas d'accord » et « Pas du tout d'accord ». Nous avons décidé de ne pas retirer de points en cas de mauvaises réponses. Chaque répondant s'est donc vu attribuer un score allant de 0 à 14, 14 étant le score maximal.

Les deux dernières questions complémentaires interrogeaient les répondants sur leur statut tabagique ainsi que leur envie à participer à une formation en tabacologie. Nous avons fait le choix de terminer le questionnaire par ces questions afin que le recueil du statut tabagique n'influence pas les réponses des kinésithérapeutes. De plus, après avoir répondu au questionnaire en faisant un point sur leurs pratiques, certains professionnels pourraient se rendre compte de l'utilité éventuelle d'une formation dans ce domaine.

### **2.5.2. Variables recueillies**

Ce questionnaire était composé de 32 questions dont 22 à choix simple et 10 à choix multiple. La majorité des variables récoltées étaient qualitatives et seulement cinq étaient quantitatives. Leurs réponses influant les questions posées, les participants n'ont jamais eu à répondre à toutes les questions. Nous avons privilégié les questions fermées lorsque c'était possible. Nous avons ainsi pu être plus efficaces dans l'analyse des résultats et le croisement de données. Les questions à choix multiples présentaient une réponse « Autre » permettant aux enquêtés de s'exprimer. Une fois ces réponses « Autre » analysées, nous les avons souvent reclassées dans des propositions déjà existantes, les kinésithérapeutes ayant uniquement donné des précisions à leur réponse. Lorsqu'il était nécessaire, nous avons créé de nouvelles catégories car l'information exprimée était différente des choix que nous lui avons proposés. Enfin, certaines réponses ont été classées dans la catégorie « Non exploitable » car elles ne répondaient pas à la question posée.

## **2.6. Analyse statistique**

Les données ont été recueillies sur tableur Microsoft Excel®. Nous avons réalisé une analyse qualitative thématique des réponses ouvertes. Les données ont été traitées de manière manuelle en organisant les réponses par groupe d'idées. Nous avons ensuite créé une base de données Access® afin de faciliter le traitement et le croisement des résultats notamment lors des questions à choix multiples.

Nous avons utilisé différents indicateurs pour présenter nos résultats :

- Les variables qualitatives ont été décrites par des pourcentages et des effectifs.
- Les variables quantitatives ont été décrites grâce à leurs moyennes ou médianes et leurs écart-types.

L'analyse statistique a été effectuée grâce au site BiostaTGV<sup>®</sup> ainsi qu'aux formules Excel disponibles sur AnaStats<sup>®</sup>.

Les tests statistiques utilisés pour analyser nos résultats étaient :

- Chi<sub>2</sub> : ce test était utilisé pour analyser un facteur d'étude qualitatif indépendant avec une variable de réponse qualitative nominale.
- Kruskal-Wallis : ce test était effectué lorsque le facteur d'étude était qualitatif indépendant de plus de deux groupes et la variable de réponse était qualitative ordinale ou quantitative.
- Test de Student : ce test permettait de comparer les mesures d'une variable quantitative effectuées sur deux groupes de sujets indépendants définis par les modalités de la variable qualitative.

Nous avons choisi un seuil de  $p < 0,05$  pour considérer une différence significative entre les résultats de plusieurs groupes. Entre 0,05 et 0,08 nous parlons de tendance. Tous les résultats statistiques ont été compilés dans un tableau (Annexe III).

N'étant pas en capacité de réaliser des tests de Cochran-Armitage ainsi que des régressions logistiques, nous avons fait le choix de regrouper certaines données afin de réaliser des tests moins puissants mais à notre portée. Ce fut le cas notamment lorsque nous avons besoin d'utiliser l'année d'obtention du diplôme des kinésithérapeutes comme variable de réponse. Nous avons pris la médiane de réponse qui se situait à 2001 pour former deux groupes, ceux diplômés avant et ceux diplômés après cette année. D'une variable qualitative ordinale nous avons obtenu une variable qualitative nominale de 2 groupes. Nous avons fait de même pour étudier le nombre d'années cumulées de pratique en libéral des répondants. La médiane se situant à 15 années, nous avons formé deux groupes avec ceux ayant moins et ceux ayant plus de 15 ans d'expérience.

## **2.7. Considération éthique et réglementaire**

Nous n'avons pas demandé aux participants de renseigner une adresse mail ou de se connecter à leur compte Google pour répondre aux questions. De ce fait, la récolte des réponses était anonyme.

Le questionnaire étant envoyé par mail ou disponible sur un réseau de kinésithérapeutes sur Facebook®, seuls les professionnels désirant répondre ont participé à l'enquête. Nous considérons que leur consentement libre et éclairé était alors respecté. Nous nous sommes engagés à respecter la confidentialité et le secret professionnel sur la page d'accueil de notre questionnaire.

S'agissant d'une enquête de type « Evaluation de pratiques professionnelles », aucune demande au niveau du comité de protection des personnes (CPP) n'était nécessaire.

Enfin, nous avons laissé la possibilité aux participants de nous contacter par mail afin qu'ils puissent recevoir les résultats de l'enquête. Nous avons créé l'adresse mail [tabac.kine@gmail.com](mailto:tabac.kine@gmail.com) pour limiter le risque lié aux problèmes de sécurité informatique des boîtes mails.

## 3. RESULTATS

### 3.1. Constitution de l'échantillon

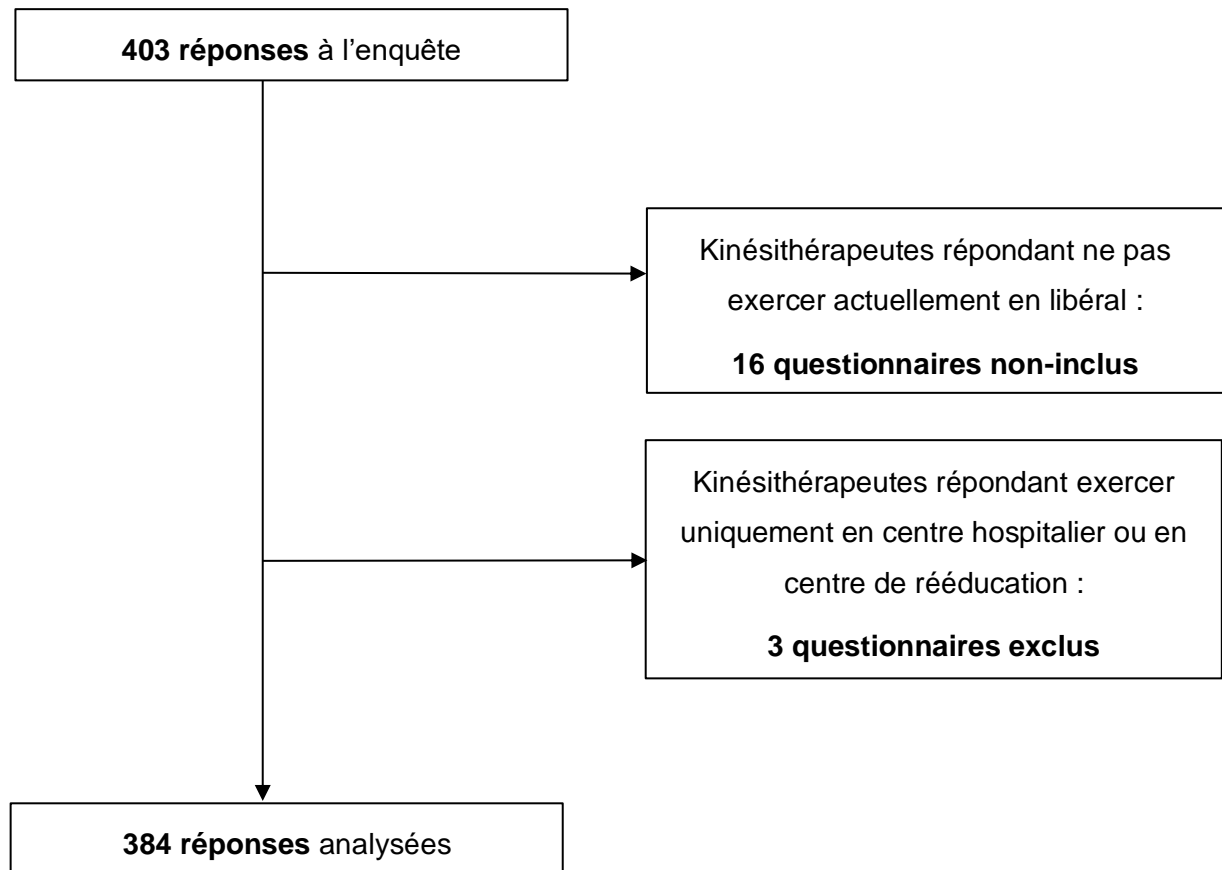


FIGURE 1 – Diagramme de flux d'inclusion des répondants

403 réponses ont été recueillies après la diffusion de notre Google Formulaire. Les critères d'inclusion de cette étude étaient d'être titulaire d'un diplôme d'état de kinésithérapie et d'exercer actuellement, même partiellement, en milieu libéral. Les 16 kinésithérapeutes répondant ne pas exercer actuellement en milieu libéral ont été exclus de l'étude (Fig. 1).

Après vérification de la forme d'exercice des 387 répondants, 3 déclaraient exercer uniquement en centre hospitalier ou en centre de rééducation. Ils ont été exclus de l'étude. 384 questionnaires ont été retenus pour l'analyse.

## 3.2. Population

### 3.2.1. Caractéristiques de la population

TABLEAU I - Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

		n (%)
		m ± sd
<b>Effectif</b>		Total 384
<b>Année d'obtention du diplôme</b>		2000 ± 12
<b>Diplôme français</b>		
	Oui	339 (88,3)
	Non	45 (11,7)
<b>Sexe</b>		
	Homme	187 (48,7)
	Femme	197 (51,3)
<b>Lieu d'exercice</b>		
	Auvergne-Rhône-Alpes	72 (18,8)
	Grand Est	46 (12)
	Île-de-France	45 (11,7)
	Occitanie	44 (11,5)
	Nouvelle-Aquitaine	34 (8,9)
	Hauts-de-France	30 (7,8)
	Bretagne	22 (5,7)
	Pays de la Loire	22 (5,7)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	18 (4,6)
	Centre-Val de Loire	13 (3,4)
	Normandie	13 (3,4)
	Bourgogne-Franche-Comté	12 (3,1)
	Corse	5 (1,3)
	DOM TOM	5 (1,3)
	Remplacements dans toute la France	3 (0,8)

*n = effectif ; % = pourcentage ; m = moyenne ; sd = standard deviation = écart type*

TABLEAU I suite - Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

	n (%)
<b>Effectif</b>	Total 384
<b>Forme d'exercice+ :</b>	
Cabinet libéral	361 (94)
Centre de rééducation	9 (2,3)
Centre hospitalier	5 (1,3)
Exercice exclusif à domicile	10 (2,6)
Maison de santé pluridisciplinaire	28 (7,3)
<b>Nombre d'années cumulées de pratique en libéral</b>	
1-10	138 (35,9)
11-20	115 (29,9)
21-30	70 (18,2)
31-40	56 (14,6)
41-50	5 (1,3)

*n = effectif ; % = pourcentage ; + = plusieurs réponses possibles*

La première partie de notre questionnaire cherchait à définir les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon (Tab. I). La majorité, 88,3% avait obtenu leur diplôme de masseur-kinésithérapeute en France. L'année d'obtention moyenne était en 2000 avec une médiane située à 2001. Comme expliqué précédemment, nous nous sommes servis de cette médiane pour former deux groupes, ceux diplômés avant et ceux après 2001. Concernant la forme d'exercice des kinésithérapeutes, ils pratiquaient principalement exclusivement en cabinet libéral (87,5% (n=361)). En plus de cette activité en cabinet, seuls 7,3% (n=28) y associaient une activité en maison pluridisciplinaire, 2,3% (n=9) en centre de rééducation et 1,3% (n=5) en centre hospitalier.

En moyenne, les MK de notre échantillon avaient 16,8 années d'expérience en milieu libéral (médiane à 15 années). Nous avons constaté que 258 d'entre eux (67,2%) avaient exercé toute leur vie sans interruption en milieu libéral depuis qu'ils étaient diplômés. Les autres (n=126 (32,8%)) ont soit connu des périodes de coupure d'activité, soit ont travaillé en milieu institutionnel. En moyenne cette interruption durait 1,8 année. Seulement 22 MK

exerçant actuellement en libéral déclaraient avoir eu une interruption de leur carrière libérale supérieure à 10 années.

La proportion de femmes (51,3%) et d'hommes (48,7%) de notre échantillon était environ équivalente. Cependant, les 5 MK ayant plus de 40 ans d'années cumulées de pratique en libéral étaient tous des hommes. Il n'y avait pas de disparités dans les autres tranches d'âge.

### 3.2.2. Formation des kinésithérapeutes constituant l'échantillon

TABLEAU II - Formation des kinésithérapeutes

	n (%)
<b>Effectif</b>	Total 384
<b>En tabacologie/addictologie</b>	
Oui	61 (15,9)
Non	323 (84,1)
<b>Si oui+ :</b>	
En formation initiale	34 (45,3)
Lors d'atelier (en Congrès, Colloque, Assise, Réseau de santé ...)	25 (33,3)
En formation continue présentielle courte	10 (13,3)
En formation continue e-learning	5 (6,7)
J'ai un diplôme universitaire de tabacologie/addictologie	1 (1,3)
<b>En kinésithérapie respiratoire</b>	
Oui	130 (33,9)
Non	254 (66,1)
<b>Pratique de la kinésithérapie respiratoire</b>	
Oui	345 (89,8)
Non	39 (10,2)

*n = effectif ; % = pourcentage ; + = plusieurs réponses possibles*

Nous avons ensuite cherché à mieux définir le niveau de formation des kinésithérapeutes de notre échantillon (Tab. II). Parmi les 61 MK ayant suivi une formation en tabacologie/addictologie, 42,6% avaient uniquement été formés lors de leur formation initiale (n=26). Plus les kinésithérapeutes avaient reçu leur diplôme récemment, plus ils étaient formés



en tabacologie/addictologie lors de leur formation initiale ( $p < 0,023$ ). En effet, 52,9% ( $n=18$ ) des 34 MK formés en formation initiale avaient obtenu leur diplôme après 2015.

Seulement 46 (18,1%) des 254 MK formés en kinésithérapie respiratoire étaient également formés en tabacologie/addictologie. Il existe cependant une tendance positive ( $p=0,09$ ) entre ces deux domaines de formation. De plus, les MK pratiquant la kinésithérapie respiratoire étaient davantage formés dans ce domaine ( $n=240$ , 69,6%,  $p < 0,001$ ).

### 3.2.3. Statut tabagique de l'échantillon

TABLEAU III – Statut tabagique de l'échantillon

		n (%)
<b>Effectif</b>		Total 384
<b>Êtes-vous fumeur ?</b>	Non-fumeur	238 (62,0)
	Ex-fumeur	91 (23,7)
	Fumeur	54 (14,1)
	Je ne souhaite pas répondre	1 (0,2)

*n = effectif ; % = pourcentage*

La grande majorité des kinésithérapeutes de notre échantillon se déclarait non-fumeur au moment de notre enquête (85,7%,  $n=329$ ). 54 déclaraient être fumeurs (14,1%) et un MK ne souhaitait pas répondre à cette question (Tab. III).

Nous avons constaté une corrélation significative entre le statut tabagique et l'expérience en libéral du MK ( $p=0,003$ ). En effet, il y avait davantage d'ex-fumeurs chez les MK les plus expérimentés, 46,8% pour le groupe des kinésithérapeutes qui avaient plus de 15 ans d'expérience en libéral contre 16,6% les autres.

### 3.3. Dépistage tabagique

#### 3.3.1. Fréquence du dépistage

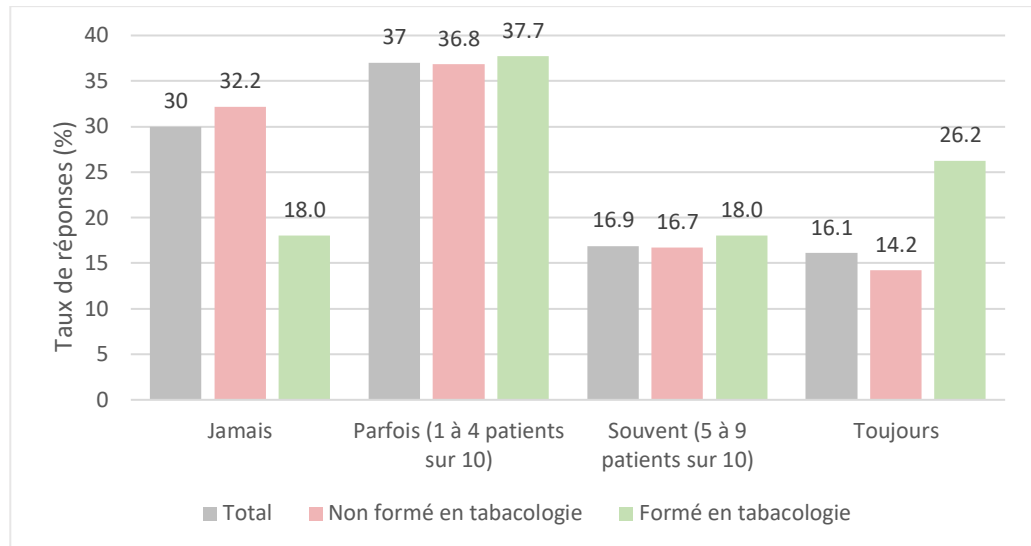


FIGURE 2 - Fréquence du dépistage tabagique

Dans notre enquête, lorsque les kinésithérapeutes indiquaient une fréquence, « Parfois » correspondait à la réalisation du dépistage chez 1 à 4 patients sur 10 et « Souvent » à la réalisation du dépistage chez 5 à 9 patients sur 10 (Fig. 2).

La majorité des kinésithérapeutes de l'échantillon dépistaient le tabagisme de leurs patients (70%). Plus les MK étaient expérimentés plus ils dépistaient ( $p=0,031$ ). En effet, 62,9% des MK diplômés avant 2001 dépistaient toujours le tabagisme de leurs patients contre 37,1% des diplômés après 2001. De même, 40,0% des MK diplômés avant 2001 ne dépistaient jamais le tabagisme de leurs patients contre 60,0% des diplômés après 2001.

Les MK formés en tabacologie effectuaient plus de dépistage tabagique (82,0% vs 67,8%,  $p=0,045$ ). De même, ceux ayant davantage de connaissances en tabacologie avaient tendance à effectuer plus ce dépistage ( $p=0,059$ ). Plus ils évoquaient le dépistage tabagique (76,4% vs 39,4%,  $p=0,001$ ) ou la prévention tabagique (71,4% vs 57,9%,  $p=0,001$ ) comme faisant partie des compétences du MK, plus ils le réalisaient.

Les kinésithérapeutes fumeurs et ex-fumeurs avaient tendance à davantage dépister le tabagisme de leurs patients que ceux non-fumeurs (respectivement 74,1% et 75,8% vs 66,8%,  $p=0,069$ ).

Leurs formations en kinésithérapie respiratoire ainsi que leur pratique ou non de ce domaine n'avaient pas d'impact significatif sur la fréquence de dépistage du tabagisme de leurs patients (respectivement  $p=0,276$  et  $p=0,227$ ).

TABLEAU IV – Dépistage tabagique

	n (%)	
<b>Effectif</b>	Total 384 (100)	
<b>Dépistage lors du BILAN INITIAL de début de traitement</b>		
	Oui	153 (39,8)
	Non	231 (60,2)
<b>Relève du statut tabagique des parents lors d'une prise en charge pédiatrique</b>		
	Oui	255 (66,4)
	Non	129 (33,6)

*n = effectif ; % = pourcentage*

Parmi les kinésithérapeutes qui dépistaient le tabagisme de leurs patients, 46,1% ( $n=124$ ) l'effectuaient lors du bilan initial de prise en charge (Tab. IV). Les MK dépistant le tabagisme de leurs patients intégraient significativement plus la recherche du statut tabagique dans le bilan initial ( $p<0,001$ ). Les MK ayant plus de 15 ans d'expérience en milieu libéral recherchaient davantage le statut tabagique lors du bilan initial (45,0% vs 34,9%,  $p=0,043$ ). Comme indiqué précédemment, nous avons choisi la valeur « 15 ans » pour former deux groupes car il s'agissait de la médiane de cette variable.

Les professionnels formés et pratiquant la kinésithérapie respiratoire recherchaient davantage le statut tabagique lors du bilan initial que les autres (respectivement, 44,9% vs 30,0%,  $p=0,005$  et 42,0% vs 20,5%,  $p=0,009$ ). De plus, plus ils qualifiaient le dépistage tabagique (43,1% vs 24,2%,  $p=0,004$ ) ou la prise en charge tabagique (46,2% vs 34,0%,  $p=0,049$ ) comme de la compétence du MK plus ils intégraient la recherche du statut tabagique dans le bilan initial.

La majorité des kinésithérapeutes dépistaient le tabagisme des parents lors d'une prise en charge pédiatrique (66,4%,  $n=255$ ) particulièrement les MK expérimentés ( $p<0,001$ ). En effet, 79,4% des MK diplômés avant 2001 dépistaient le tabagisme des parents contre 53,8% des diplômés après 2001. De même, plus ils avaient d'expériences en milieu libéral, plus ils

effectuaient ce dépistage auprès des parents (79,5% vs 57,1%,  $p < 0,001$ ). Les professionnels formés et pratiquant la kinésithérapie respiratoire dépistaient davantage le statut tabagique des parents lors d'une prise en charge pédiatrique que les autres (respectivement, 74,0% vs 51,5%,  $p < 0,001$  et 69,6% vs 38,5%,  $p < 0,001$ ). Enfin, les MK effectuant un dépistage tabagique chez leurs patients, le réalisaient davantage chez les parents lors de consultations pédiatriques ( $p = 0,002$ ). En effet, près de 70,6% des interrogés répondant dépister « Parfois », « Souvent » ou « Toujours » le réalisaient chez les parents contre 56,5% pour ceux répondant « Jamais ».

TABLEAU V – Choix d'aborder la question du tabagisme

	n (%)
<b>Effectif</b>	Total 384
<b>Vous abordez la question de la consommation de tabac :</b>	
Lorsque la conversation s'y prête	110 (28,6)
Au moins une fois avec chaque patient au cours de son traitement	107 (27,9)
Uniquement pour les patients jugés à risque	95 (24,7)
Systématiquement lors d'une nouvelle prise en charge	45 (11,7)
Uniquement avec les nouveaux patients	14 (3,6)
Je ne l'aborde jamais	10 (2,6)
Uniquement à la demande du patient	3 (0,8)

*n = effectif ; % = pourcentage*

Concernant le choix d'aborder la question du tabagisme, nous avons constaté que seulement 2,6 % des kinésithérapeutes de notre échantillon ne l'abordaient pas (Tab. V). Aucun de ces professionnels n'était formé en tabacologie alors que 30,1% de ceux qui répondaient « Au moins une fois avec chaque patient au cours de son traitement » l'étaient. Ils estimaient très significativement que le dépistage était de la compétence du kinésithérapeute ( $p < 0,001$ ).

Les 28,6% des MK de notre échantillon qui abordaient la question du tabagisme avec leurs patients « Lorsque la conversation s'y prête » étaient significativement moins formés en kinésithérapie respiratoire que les autres ( $p = 0,037$ ). Ils dépistaient également moins (48,2% vs 78,8%,  $p < 0,001$ ) et prenaient moins en charge le tabagisme (16,4% vs 26,3%,  $p = 0,038$ ). De plus, ils estimaient que le dépistage était moins de la compétence du kinésithérapeute ( $p < 0,001$ ).

Enfin, les 24,7% des kinésithérapeutes de notre échantillon qui abordaient la question du tabagisme « Uniquement pour les patients jugés à risque » étaient plus formés en kinésithérapie respiratoire (28,3%).

### 3.3.2. But du dépistage

TABLEAU VI – But du dépistage

	n (%)
<b>Nombre de réponses</b>	Total 490
<b>But du dépistage+ :</b>	
Effectuer de la prévention tabagique	203 (41,4)
Adapter la prise en charge de rééducation	116 (23,7)
Je ne le dépiste pas	77 (15,7)
Orienter vers un confrère pour une prise en charge adaptée	54 (11,0)
Proposer une prise en charge tabagique	40 (8,2)

*n = effectif ; % = pourcentage ; + = plusieurs réponses possibles*

Dans cette question à choix multiples abordant le but des kinésithérapeutes lorsqu'ils dépistent le tabagisme, la majorité (41,4%) répondait « Effectuer de la prévention tabagique » (Tab. VI). Seulement 8,2% proposaient une prise en charge tabagique à leurs patients. Les MK ayant obtenu leur diplôme après 2001 effectuaient significativement plus de prévention tabagique (64,1% vs 40,7%,  $p < 0,001$ ).

Ceux qui répondaient « Effectuer de la prévention tabagique » comme but du dépistage dépistaient (84,2% vs 54,5%,  $p < 0,001$ ) et prenaient davantage en charge le tabagisme de leurs patients (27,7% vs 18,7%,  $p = 0,037$ ). De plus, ils estimaient significativement plus que le dépistage ( $p < 0,001$ ), la prévention ( $p = 0,002$ ) et la prise en charge du tabagisme étaient de la compétence du kinésithérapeute ( $p = 0,013$ ). En revanche, ceux ne dépistant pas le tabagisme considéraient moins ce dépistage comme étant de la compétence des MK ( $p = 0,017$ ).

### 3.4. Dépistage non systématique

Les questions suivantes permettaient d'analyser plus finement les raisons du non-dépistage systématique dans le sous-groupe des kinésithérapeutes déclarant ne pas aborder la consommation de tabac de manière systématique (Fig. 2).

TABLEAU VII – Dépistage non systématique

	n (%)
<b>Nombre de répondants</b>	Total 322
<b>Raison du dépistage non systématique :+</b>	
Je n'y pense pas	114 (20,1)
Je n'ai pas suffisamment de connaissances médicales à ce sujet	102 (18,0)
Je manque de moyens pour orienter et aider les patients fumeurs	90 (15,8)
Je pense que les patients ne rapporteront pas toujours la réalité	42 (7,4)
Je crains de mettre le patient mal à l'aise	41 (7,2)
Je crains une réaction négative du patient	40 (7,0)
Je pense que ce n'est pas le rôle du kinésithérapeute	37 (6,5)
Je manque de temps	32 (5,6)
Je ne suis pas rémunéré(e) pour cet acte de prévention	29 (5,1)
Non exploitable	22 (3,9)
Je ne me sens pas concerné(e) par cette addiction	19 (3,3)

*n = effectif ; % = pourcentage ; + = plusieurs réponses possibles*

Le tableau ci-dessus décrit les réponses que nous avons recueillies concernant les motifs du dépistage non systématique du tabagisme (Tab. VII). La cause la plus évoquée était « Je n'y pense pas » (20,1%). Nous avons constaté que moins les MK étaient expérimentés (entre 1 et 15 années d'expérience en milieu libéral), plus ils évoquaient cette raison (41,9% vs 28,4%,  $p=0,009$ ). De plus, ces derniers considéraient davantage la prévention comme étant une compétence du kinésithérapeute ( $p=0,034$ ).

Le deuxième motif le plus exprimé était le manque de connaissances médicales à 18,0%. Les MK ayant obtenu leur diplôme après 2001 exprimaient significativement plus cette réponse que ceux diplômés avant 2001 (39,0% vs 23,3%,  $p=0,002$ ). Ces kinésithérapeutes plus expérimentés étaient moins formés (5,9% vs 17,7%,  $p=0,004$ ) et avaient moins de connaissances en tabacologie ( $p=0,05$ ). Ils le dépistaient moins (54,9% vs 68,6%,  $p=0,016$ ) et

le prenaient moins en charge (12,7% vs 23,6%,  $p=0,024$ ). Enfin, ils considéraient moins que la prise en charge du tabagisme était de la compétence du kinésithérapeute (38,2% vs 51,4%,  $p=0,028$ ).

22 réponses exprimées par les MK à l'aide du choix « Autres », ne répondant pas à la question, ont été regroupés dans la catégorie « Non exploitable ».

TABLEAU VIII – Choix d'aborder le sujet du tabagisme

	n (%)
<b>Nombre de répondants</b>	Total 322
<b>De quoi votre décision d'aborder ou non ce sujet dépend-elle ?+</b>	
Du motif de prise en charge du patient	221 (36,2)
Des antécédents médicaux du patient	160 (26,2)
De la qualité de l'échange établi avec le patient	130 (21,3)
Du temps disponible pour la séance	39 (6,4)
De l'âge du patient	31 (5,1)
Je ne l'aborde jamais	12 (2,0)
De la catégorie socio-professionnelle du patient	11 (1,8)
Non exploitable	6 (1,0)

*n = effectif ; % = pourcentage ; + = plusieurs réponses possibles*

Ce tableau détaille les raisons poussant les kinésithérapeutes à aborder ou non la question du tabagisme avec leurs patients (Tab. VIII). Nous avons observé que le motif de prise en charge (36,2%), les antécédents (26,2%) ainsi que la qualité de l'échange établi avec le patient (21,3%) étaient les trois motifs les plus évoqués.

6 réponses exprimées par les MK à l'aide du choix « Autres », ne répondant pas à la question, ont été regroupés dans la catégorie « Non exploitable ».

### 3.5. Prise en charge du tabagisme

#### 3.5.1. Fréquence de prise en charge

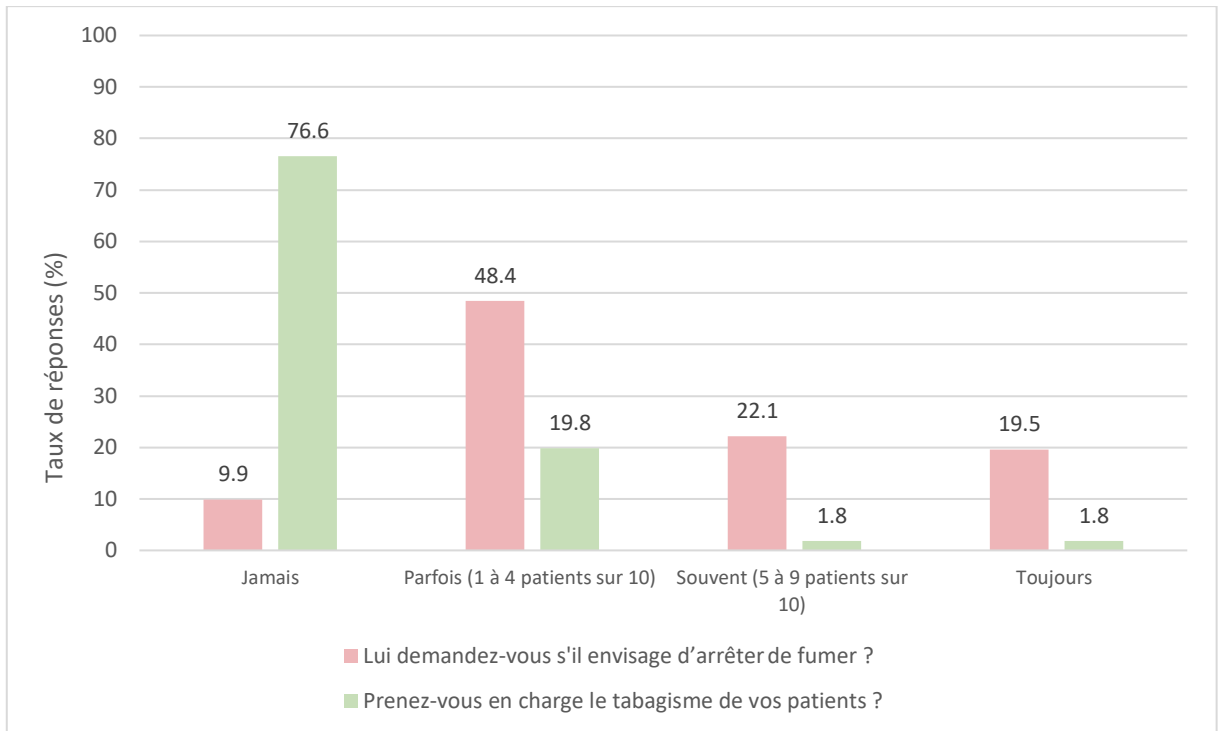


FIGURE 3 – Fréquence du conseil minimal et de prise en charge

L'histogramme ci-dessus représente les taux de kinésithérapeutes interrogeant leurs patients sur leur désir d'arrêter de fumer (Fig. 4). Il représente également le taux de professionnels prenant en charge cette addiction.

Près de 90% des kinésithérapeutes déclaraient interroger leurs patients fumeurs concernant leur souhait de sevrage. 19,5% les questionnaient systématiquement alors que ce n'était pas automatique pour 70,5% des répondants. Nous avons constaté que les MK femmes interrogeaient significativement plus leurs patients sur leur souhait d'arrêter de fumer que les MK hommes (65,8% vs 46,8,  $p=0,026$ ). De plus, les professionnels pratiquant la kinésithérapie respiratoire avaient tendance à davantage délivrer le conseil minimal (90,8% vs 81,6%,  $p=0,065$ ). De même, plus les kinésithérapeutes dépistaient le tabagisme de leurs patients ( $p<0,001$ ) et plus ils étaient formés en tabacologie (44,3% vs 19,5%,  $p=0,003$ ), plus ils dispensaient ce conseil minimal.



Plus ils avaient de connaissances dans le domaine de la tabacologie ( $p=0,032$ ), plus ils interrogeaient leurs patients tabagiques concernant leur souhait de sevrage. Enfin, les MK demandant à leurs patients fumeurs s'ils désiraient arrêter, considéraient significativement plus le dépistage ( $p<0,001$ ), la prévention ( $p<0,001$ ) et la prise en charge ( $p<0,001$ ) du tabagisme comme de la compétence du kinésithérapeute libéral.

La seconde information de cet histogramme (figure 4) concerne le taux de prise en charge du tabagisme. Nous avons constaté que seulement 23,4% des répondants le prenaient en charge. La majorité d'entre eux (19,8%) ne déclaraient prendre en charge le tabagisme que « Parfois (1 à 4 patients sur 10) ». Plus les MK étaient expérimentés, plus ils prenaient en charge le tabagisme de leurs patients ( $p=0,012$ ). En effet, 28,0% des MK diplômés avant 2001 prenaient en charge le tabagisme de leurs patients contre 19% des diplômés après 2001. De plus, les professionnels formés en tabacologie (30,0% vs 11,6%,  $p<0,001$ ), ayant plus de connaissances dans ce domaine ( $p=0,009$ ) ou dépistant plus ( $p<0,001$ ), prenaient davantage en charge le tabagisme. Logiquement, ceux prenant en charge le tabagisme considéraient significativement plus cet acte comme faisant partie des compétences du kinésithérapeute libéral ( $p<0,001$ ). Enfin, les MK ex-fumeurs et non-fumeurs avaient tendance à plus prendre en charge le tabagisme de leurs patients que les fumeurs (respectivement 30,8% et 22,7% contre 14,8%,  $p=0,069$ )

### 3.5.2. Détails de la prise en charge tabagique

TABLEAU IX – Prescription de substituts nicotiques

	n (%)
<b>Effectif</b>	Total 384
<b>Avez-vous déjà prescrit des substituts nicotiques ?</b>	
Oui	37 (9,6)
Non	347 (80,4)
<b>Parmi ceux ayant répondu non, les raisons évoquées étaient + :</b>	
Par manque de connaissances	145 (37,8)
Je ne savais pas que cette prescription faisait partie du champ de compétence du kinésithérapeute	73 (19,0)
Je n'ai jamais été confronté à un réel besoin d'un patient	71 (18,5)

Par crainte de la mauvaise adaptation des doses ( <i>surdosage/sous-dosage</i> )	67 (17,4)
J'oriente mes patients vers un professionnel prescrivant des substituts nicotiniques	66 (17,2)
Ce n'est pas le rôle du kinésithérapeute	46 (12,0)
Je n'y pense pas	28 (7,3)
Cet acte n'est pas rémunéré	26 (6,8)
Par manque de temps	8 (2,1)

---

*n = effectif ; % = pourcentage ; + = plusieurs réponses possibles*

Nous avons cherché à comprendre les raisons freinant les kinésithérapeutes à prescrire des substituts nicotiniques (Tab. IX). Cette question laissait la possibilité aux répondants de s'exprimer à l'aide de la réponse « Autre ». 17 d'entre eux avaient choisi cette option. Nous avons pu reclasser 9 de leurs réponses. Nous avons créé la catégorie « Par manque de temps » car les 8 autres avaient évoqué cette raison.

Seulement 9,6% des kinésithérapeutes de notre échantillon prescrivait des substituts nicotiniques. Parmi les 80,4% n'en prescrivant pas, 37,8% évoquaient leur manque de connaissances dans ce domaine. Hormis la catégorie « Par manque de temps » que nous avons créée après la diffusion du questionnaire, l'absence de rémunération de cet acte était la raison la moins choisie (6,8%). Nous avons constaté que les MK moins expérimentés avaient davantage tendance à prescrire des substituts nicotiniques à leurs patients ( $p=0,071$ ). En effet, 12,3% des MK diplômés après 2001 en prescrivait contre 6,9% des diplômés avant 2001. Les professionnels hommes en prescrivait significativement plus que les MK femmes (13,4% vs 6,1%,  $p=0,016$ ). De plus, les kinésithérapeutes formés en tabacologie (24,6% vs 6,8%,  $p<0,001$ ) ou ayant davantage de connaissances en tabacologie ( $p<0,001$ ) prescrivait plus que les non formés. De même, plus ils dépistaient le tabagisme, plus ils avaient tendance à les prescrire ( $p=0,055$ ). Enfin, les MK prescrivait des substituts nicotiniques considéraient significativement plus le dépistage ( $p<0,001$ ), la prévention ( $p<0,001$ ) et la prise en charge ( $p<0,001$ ) du tabagisme comme des compétences du kinésithérapeute libéral.

### 3.5.1. Le conseil minimal

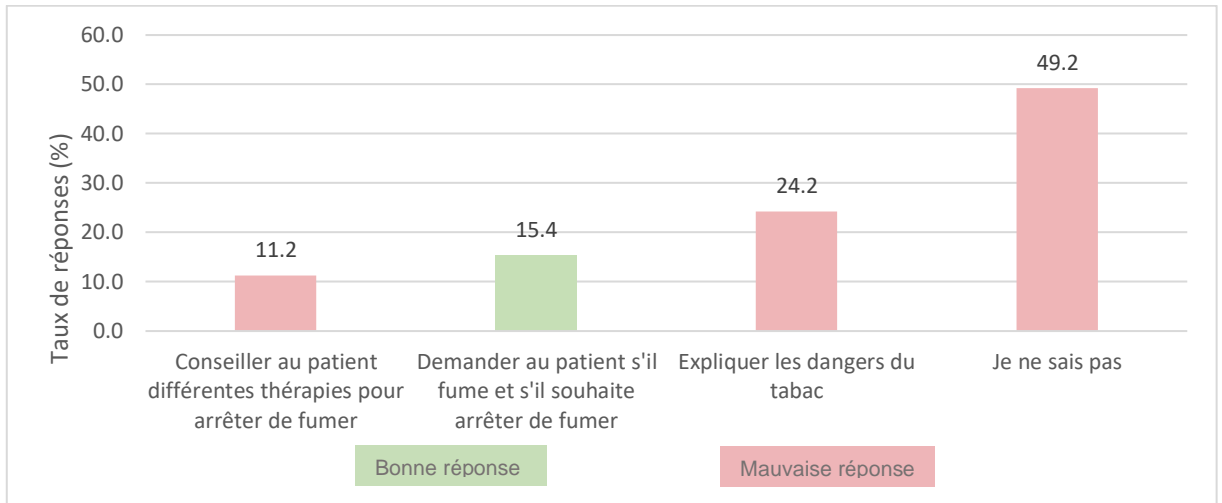


FIGURE 4 – Qu'est-ce que le conseil minimal ?

La majorité des kinésithérapeutes de notre échantillon ne connaissaient pas le conseil minimal (84,6%) (Fig. 4). 35,4% avaient indiqué une mauvaise réponse et près de la moitié révélaient ne pas connaître cette recommandation de la HAS.

Les MK formés en tabacologie/addictologie connaissaient davantage le conseil minimal (26,2% vs 13,6%,  $p=0,012$ ) et le délivraient plus (81,3% vs 50,0%,  $p=0,030$ ). Plus les MK avaient de connaissances en tabacologie, plus ils connaissaient le conseil minimal ( $p=0,006$ ).

Parmi les 59 professionnels qui connaissaient le conseil minimal, 35 d'entre eux (59,3%) estimaient réaliser cette recommandation auprès de leurs patients. Ils ne représentaient que 9,1% de l'échantillon total. Nous avons constaté que les MK prenant en charge le tabagisme de leurs patients connaissaient davantage le conseil minimal (26,7% vs 12,2%,  $p<0,001$ ) et l'appliquaient plus (75,0% vs 47,2%,  $p=0,033$ ). De même, les MK dépistant le tabagisme et connaissant le conseil minimal l'appliquaient davantage (65,2% vs 35,7%,  $p=0,050$ ).

### 3.6. Pratique des MK prenant en charge le tabagisme

Seuls les kinésithérapeutes qui ont répondu prendre en charge « Parfois », « Souvent » ou « Toujours » à la question « Prenez-vous en charge le tabagisme de vos patients ? » précédemment développée (figure 4) ont répondu aux questions de cette section.

TABLEAU X – Outils pour la prise en charge tabagique

	n (%)
<b>Nombre de répondants</b>	Total 90
<b>Méthode de prise en charge du tabagisme+ :</b>	
Prévention-information des risques et aide au sevrage tabagique	60 (27,9)
Orientation vers un autre professionnel	31 (14,4)
Prescription de substituts nicotiques	26 (12,1)
Orientation vers le site web : <i>tabac-info-service.fr</i>	24 (11,2)
Don de brochures / dépliants	24 (11,2)
Identification des cigarettes associées à un évènement du quotidien	17 (7,9)
Conseil d'usage de la cigarette électronique	16 (7,4)
Utilisation de l'hypnose	11 (5,1)
Autres méthodes	6 (2,8)
Utilisation d'un CO <sub>2</sub> testeur	0 (0)

*n = effectif ; % = pourcentage ; + = plusieurs réponses possibles*

Cette question laissait la possibilité aux répondants de s'exprimer à l'aide de la réponse « Autre » (Tab. X). 14 d'entre eux avaient choisi cette option. 8 de ces réponses ont pu être reclassées. La catégorie « Autres méthodes » a été créée pour les 6 restantes. Ils citaient l'acupuncture, la luxopuncture, l'auriculothérapie ou des « thérapies non conventionnelles » non précisées.

La méthode de prise en charge la plus évoquée était la prévention et l'information concernant le risque du tabagisme et les aides au sevrage existantes (27,9%). Venaient ensuite l'orientation vers un autre professionnel (14,4%), la prescription de substituts nicotiques (12,1%), l'orientation vers le site web : *tabac-info-service.fr* (11,2%) ou le don de brochures / dépliants (11,2%). Avec moins de 10%, le conseil d'usage de la cigarette

électronique (7,4%) ou l'utilisation de l'hypnose (5,1%) étaient peu évoqués. Enfin, aucun kinésithérapeute n'utilisait de CO<sub>2</sub> testeur pour prendre en charge le tabagisme.

TABLEAU XI – Orientation vers un autre professionnel

	n (%)
<b>Nombre de répondants</b>	Total 90
<b>Vers quel(s) professionnel(s) orientez-vous votre patient ?+ :</b>	
Médecin traitant	45 (26,3)
Hypnothérapeute	29 (17,0)
Tabacologue	28 (16,4)
Médecin acupuncteur	17 (9,9)
Pneumologue	14 (8,2)
Addictologue	12 (7,0)
Je n'oriente pas mes patients fumeurs vers un autre professionnel	11 (6,4)
Médecin homéopathe	7 (4,1)
Psychologue	5 (2,9)
Pharmacien	2 (1,2)
Non exploitable	1 (0,6)

*n = effectif ; % = pourcentage ; + = plusieurs réponses possibles*

Concernant l'orientation des patients fumeurs vers un autre professionnel, les médecins traitants étaient le plus souvent évoqués (26,3%) (Tab. XI). Venaient ensuite les hypnothérapeutes (17%) et les tabacologues (16,4%). Avec moins de 10%, les pneumologues (8,2%), les addictologues (7,0%), les médecins homéopathes (4,1%), les psychologues (2,9%) et les pharmaciens (1,2%) étaient évoqués. Seulement 6,4% (n=11) des 90 kinésithérapeutes prenant en charge le tabagisme n'orientaient pas leur patients fumeurs vers un autre professionnel.

### 3.7. Non prise en charge du tabagisme

Seuls les kinésithérapeutes ayant répondu ne jamais prendre en charge le tabagisme (76,6%) lors de la question « Prenez-vous en charge le tabagisme de vos patients ? » précédemment développée (Fig. 4) avaient répondu à cette section.

TABLEAU XII – Raison de la non prise en charge du tabagisme

	n (%)
<b>Nombre de répondants</b>	Total 294
<b>Raison de la non prise en charge du tabagisme+ :</b>	
Car je n'ai pas les connaissances nécessaires pour prendre en charge cette addiction	200 (37,2)
Car j'oriente mes patients vers un autre professionnel de santé	78 (14,5)
Car je manque de moyens pour prendre en charge cette addiction	61 (11,4)
Car je pense que ce n'est pas le rôle du kinésithérapeute	52 (9,7)
Car cette prise en charge n'est pas rémunérée	52 (9,7)
Car je n'y pense pas	47 (8,8)
Car je manque de temps pour prendre en charge cette addiction	43 (8,0)
Non exploitable	4 (0,7)

*n = effectif ; % = pourcentage ; + = plusieurs réponses possibles*

Le manque de connaissances en tabacologie était la raison la plus évoquée par les kinésithérapeutes pour expliquer leur non prise en charge tabagique (37,2%) (Tab. XII). Ces derniers étaient davantage les MK ayant obtenu un diplôme d'état après 2001 (77,6% vs 59,0%,  $p < 0,001$ ) et ceux n'ayant pas accédé à une formation en tabacologie ou addictologie (73,3% vs 34,4%,  $p < 0,001$ ). Inévitablement, les MK ayant le moins de points au score de connaissances déclaraient davantage manquer de connaissances pour prendre en charge le tabagisme.

### 3.8. Rôle du kinésithérapeute

Dans cette partie nous voulions définir la place des kinésithérapeutes dans la lutte contre le tabagisme, en particulier en matière de dépistage, de prévention et de prise en charge tabagique.

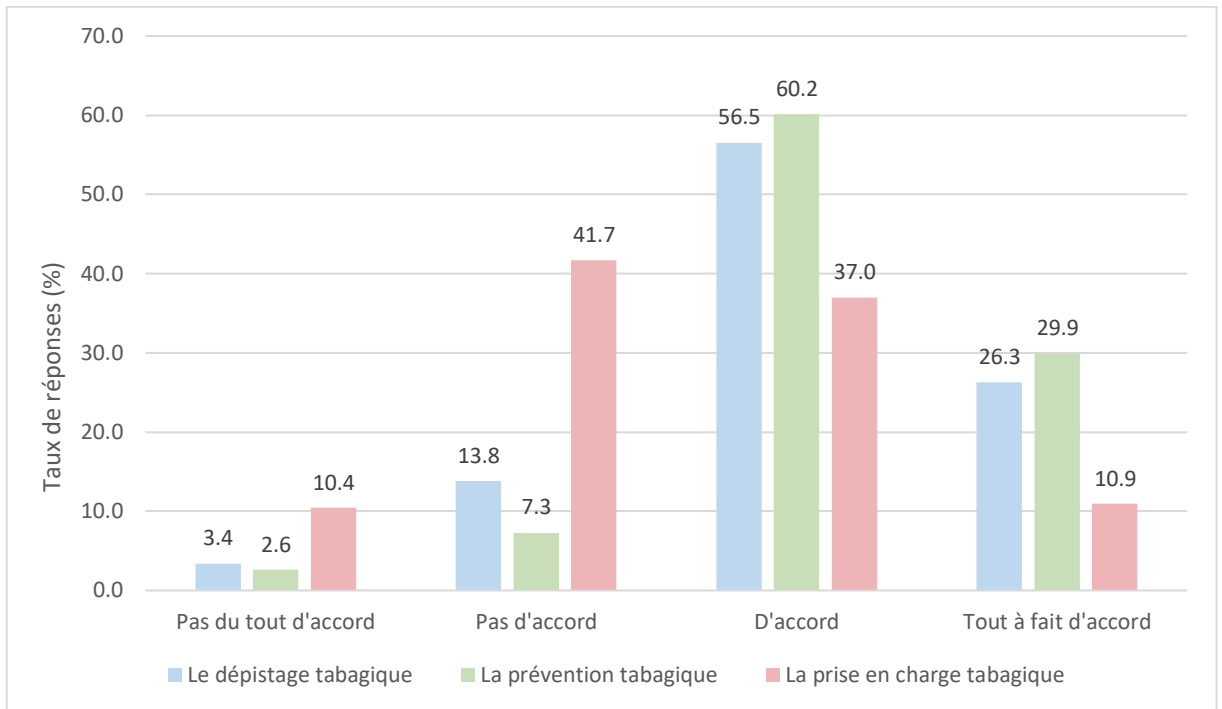


FIGURE 5 – Perception du rôle du kinésithérapeute en tabacologie

Concernant le dépistage tabagique, seulement 17,2% ne le considéraient pas comme étant de la compétence du kinésithérapeute (Fig. 5). La majorité (56,5%) avait répondu être « D'accord » avec l'idée que ce dépistage faisait partie du rôle de la profession, 26,3% étaient même « Tout à fait d'accord ». Comme indiqué précédemment, ces kinésithérapeutes dépistaient significativement plus le tabagisme ( $p=0,001$ ) et prenaient significativement plus en compte le tabagisme lors du bilan initial ( $p=0,004$ ). Ils délivraient plus le conseil minimal ( $p<0,001$ ), proposaient davantage une prise en charge aux parents fumeurs ( $p=0,004$ ) et une prescription de substituts nicotiques ( $p<0,001$ ). Enfin, ils désiraient plus se former dans ce domaine ( $p<0,001$ ).

Pour la prévention tabagique, les kinésithérapeutes se positionnaient sensiblement comme pour le dépistage. La majorité (90,1%) considérait cet acte comme de la compétence des kinésithérapeutes contre seulement 9,9% qui n'étaient pas d'accord. Ceux étant

« D'accord » ou « Tout à fait d'accord » dépistaient significativement plus le tabagisme ( $p<0,001$ ), interrogeaient plus leurs patients sur leur souhait de sevrage ( $p<0,001$ ), prescrivait plus de substituts nicotiques ( $p<0,001$ ) et désiraient plus se former dans ce domaine ( $p=0,001$ ).

Les résultats étaient beaucoup plus partagés concernant la prise en charge tabagique. En effet, 52,1% des kinésithérapeutes estimaient que cet acte ne faisait pas partie de leur champ de compétence. Parmi les 47,9% pensant l'inverse, seuls 10,9% étaient « Tout à fait d'accord ». Ceux étant « D'accord » ou « Tout à fait d'accord » délivraient davantage le conseil minimal ( $p<0,001$ ), prenaient plus en charge cette addiction ( $p<0,001$ ) et prescrivait significativement plus de substituts nicotiques ( $p<0,001$ ). De plus, ils proposaient davantage une prise en charge aux parents fumeurs ( $p=0,004$ ).

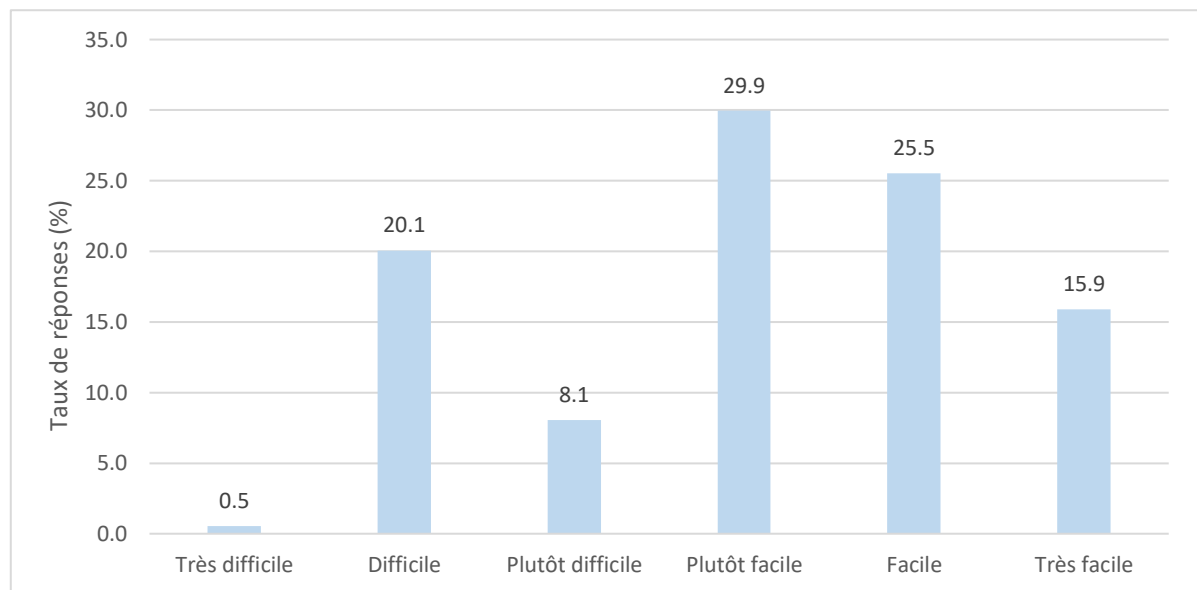


FIGURE 6 - La question du tabagisme est-elle facile à aborder ?

Nous cherchions ici à percevoir la difficulté d'aborder la question du tabagisme pour les kinésithérapeutes (Fig. 6). La majorité (71,3%) estimait que ce sujet était simple à aborder. Parmi ceux ayant du mal à parler de cette addiction avec leurs patients, 20,1% répondaient « Difficile » et 8,1 seulement « Plutôt difficile ».

Les MK formés en tabacologie trouvaient que la question du tabagisme était plus difficile à aborder que ceux non formés (39,3% vs 26,6%,  $p=0,043$ ). En revanche, plus ils avaient un



score de connaissances en tabacologie élevé, plus ils considéraient cette problématique comme étant simple à aborder ( $p=0,043$ ).

### 3.9. Connaissance du tabagisme

Cette partie avait pour but d'évaluer rapidement l'état de connaissance des kinésithérapeutes en matière de tabacologie.

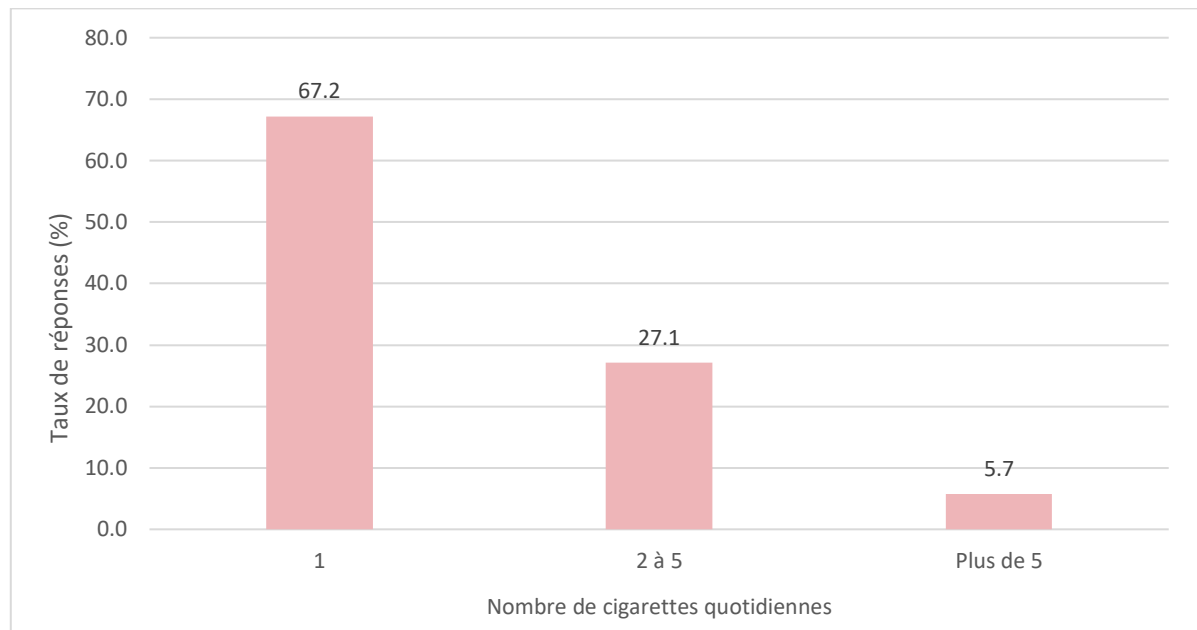


FIGURE 7 – Nombre de cigarettes quotidiennes, seuil de nocivité

Cette question interrogeait les kinésithérapeutes sur le nombre de cigarettes à partir duquel le tabagisme est nocif pour la santé (Fig. 7). 67,2% des thérapeutes répondaient correctement en indiquant une nocivité à partir d'une cigarette fumée par jour. Les MK diplômés avant 2001 déclaraient davantage la bonne réponse (44,4% vs 21,5%,  $p<0,001$ ). Les professionnels indiquant seulement une cigarette étaient davantage les non-fumeurs, les ex-fumeurs puis les fumeurs (respectivement 72,7%, 62,6% et 51,9%,  $p=0,007$ ). Enfin, plus les MK obtenaient un score de connaissance du tabagisme élevé ( $p<0,001$ ) ou plus ils portaient de l'intérêt à la prévention tabagique ( $p=0,044$ ), plus ils citaient un faible nombre de cigarettes comme étant nocif pour la santé.

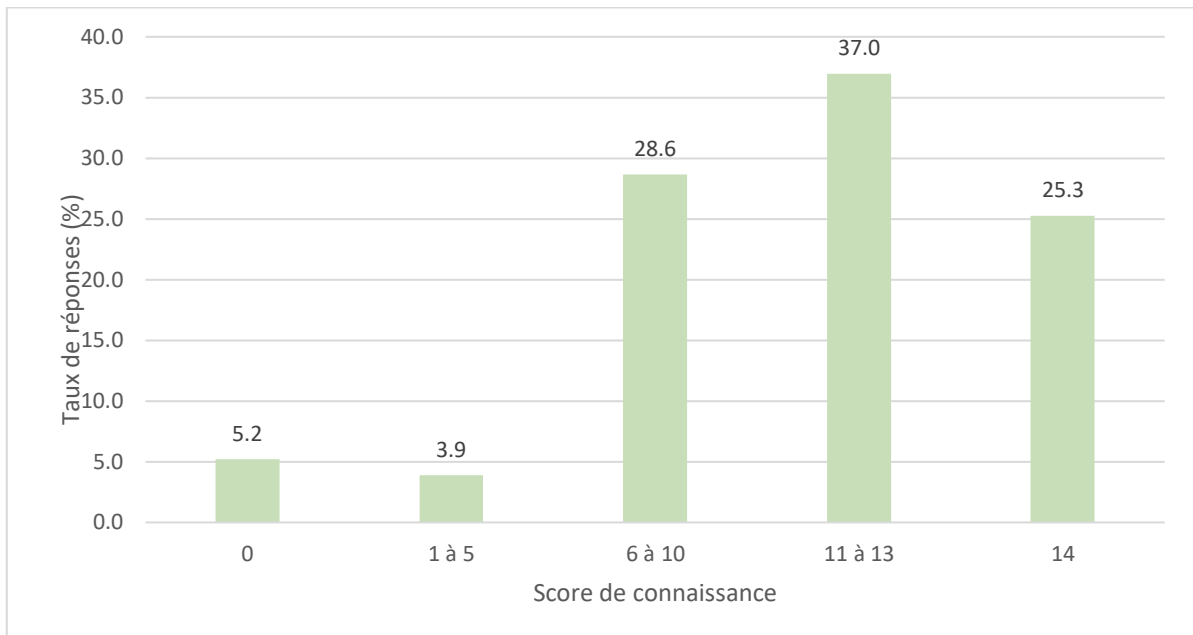


FIGURE 8 – Score de connaissance sur la tabacologie

Comme expliqué dans la partie « Matériel et méthode », les kinésithérapeutes de notre échantillon se sont vus attribuer un score de connaissance en tabacologie (Fig. 8). Ce score allait de 0, représentant les professionnels ayant le moins de connaissance en tabacologie, à 14, le score maximal possible. Le score moyen de notre échantillon était de 10,6 avec une médiane à 12 et un écart type de 3,6. Plus d'un quart des kinésithérapeutes (25,3%) avaient obtenu la note maximale alors que la note minimale était détenue par 5,2% des répondants. 13% n'obtenaient pas la moyenne avec un score inférieur à 7.

Nous avons constaté que plus le score était élevé, plus les kinésithérapeutes prenaient en charge le tabagisme ( $p=0,009$ ), plus ils prescrivait de substituts nicotiques ( $p<0,001$ ), plus ils proposaient une prise en charge du tabagisme des parents lors d'une consultation pédiatrique ( $p=0,018$ ) et plus ils connaissaient le conseil minimal ( $p=0,006$ ). De plus, ils considéraient davantage le dépistage ( $p<0,001$ ), la prévention ( $p<0,001$ ) et la prise en charge tabagique ( $p=0,024$ ) comme étant de la compétence des kinésithérapeutes. Moins ce score était bon, plus ils évoquaient le manque de connaissances comme raison de ne pas prendre en charge le tabagisme ( $p=0,030$ ).

TABLEAU XIII – Intérêt pour une formation tabacologie

	n (%)	
<b>Effectif</b>	Total 384	
<b>Intérêt pour une formation en tabacologie+ :</b>		
	Oui	227 (59,1)
	Non	145 (37,8)
	J'y ai déjà assisté	12 (3,1)

*n = effectif ; % = pourcentage ; + = plusieurs réponses possibles*

Cette dernière question portait sur l'intérêt éventuel des kinésithérapeutes d'assister à une formation sur le thème de la tabacologie (Tab. XIII). Parmi les 59,1% intéressés par ce domaine de formation, 57,9% souhaitaient plutôt y participer via une formation en e-learning. Les autres (42,1%) étaient intéressés par une formation continue en addictologie et/ou en éducation thérapeutique. Parmi les 37,8% répondant ne pas être intéressés par ce genre de formation, 37,2% le justifiaient par un manque de temps, 33,1% par un manque d'intérêt et enfin 29,7% par la non rémunération de la prise en charge tabagique. Seulement 3,1% avaient déjà assisté à une formation en tabacologie et ne souhaitaient pas participer à une nouvelle formation.

Nous avons constaté que les MK diplômés avant 2001 (70,3% vs 50,8%,  $p > 0,001$ ) ainsi que ceux prenant en charge le tabagisme de leurs patients (71,6% vs 58,1%,  $p = 0,027$ ) souhaitaient davantage assister à une formation en tabacologie. De plus, les kinésithérapeutes souhaitant assister à une formation en tabacologie étaient davantage ceux portant un intérêt pour le dépistage tabagique (65,4% vs 40,9%,  $p < 0,001$ ), pour la prévention tabagique (63,8% vs 36,8%,  $p = 0,001$ ) et pour la prise en charge tabagique (79,9% vs 44,4%,  $p < 0,001$ ).

## **4. DISCUSSION**

### **4.1. Les points forts de l'étude**

#### **4.1.1. Choix du sujet**

Malgré des progrès encourageants en matière de lutte contre le tabagisme, cette addiction reste très répandue en France. Lancé en 2014, le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) a mis en place de nouvelles mesures permettant l'élargissement du droit de prescription de substituts nicotiques, l'instauration d'un paquet neutre, un agrandissement des avertissements sanitaires et la création du mois sans tabac (33). Diverses études ont démontré l'efficacité de ce programme. Une baisse d'environ 1,6 millions de consommateurs a été mesurée entre 2016 et 2018 (34). Bien que les MK soient inclus dans ce PNRT, aucune étude n'a cherché à déterminer leur rôle en matière de lutte contre le tabagisme, notamment depuis la mise en place de ce dispositif.

L'Ordre des Masseurs-kinésithérapeute communique à ce sujet. En octobre 2019, il a publié un article, à destination des patients, faisant la promotion du rôle de la profession dans cette lutte (35). Il y est mentionné que certains kinésithérapeutes se sont formés au sevrage tabagique. Cependant, aucun chiffre n'est présenté. Nous avons quantifié ces données afin de mettre en lumière un éventuel besoin de formation en tabacologie. Les kinésithérapeutes pourraient ainsi mieux s'intégrer aux nouvelles politiques de modernisation de notre système de santé (29).

Nous présentons pour la première fois des résultats portant sur la manière dont la profession s'est appropriée ce nouveau domaine de compétence. Nous avons également étudié plus largement son implication dans le dépistage, la prévention et la prise en charge tabagique. Des études déterminant le taux de prescription de substituts nicotiques par les kinésithérapeutes ont déjà été réalisées mais aucune n'a fait un état des lieux global du tabagisme à l'échelle nationale (36). Ce mémoire se distingue par son originalité et permettra, nous l'espérons, d'initier une réflexion chez tous les kinésithérapeutes n'ayant pas encore pris conscience du rôle qu'ils peuvent avoir auprès de nombreux patients tabagiques. Ils pourraient s'investir de ce domaine pour développer leur champ de compétence et ainsi diversifier leur pratique.

### 4.1.2. Représentativité de l'échantillon

Nous avons inclus 384 réponses dans notre étude. Selon les critères développés dans la partie matériel et méthode, nous avons validé notre objectif minimum de 380 réponses (32). Ainsi, notre échantillon était quantitativement représentatif des kinésithérapeutes libéraux exerçant en France.

Sur le plan qualitatif, nous voulions nous assurer de la représentativité de notre échantillon grâce à la méthode des Quotas (Annexe IV). Cette vérification a été effectuée à posteriori, après réception des questionnaires. Nous avons utilisé comme document ressource le « *Rapport démographie des kinésithérapeutes* » publié par l'Ordre en septembre 2017 (31). Malgré une bonne répartition des répondants au sein des régions, nous avons constaté que les régions Auvergne-Rhône-Alpes (18,8% dans notre échantillon vs 12,4% dans la population totale) et Grand Est (12% contre 8,1%) étaient surreprésentées. A l'inverse, les régions Ile-de-France (11,7% contre 15,9%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,7% contre 10,8%) étaient sous-représentées (Annexe IV).

Toujours selon le rapport de l'Ordre de 2017, la population de kinésithérapeutes en France était équilibrée avec 50,15% d'hommes et 49,85% de femmes (31). Notre échantillon comportant 48,7% d'hommes pour 51,3% de femmes, le critère du sexe respectait la population cible.

Les kinésithérapeutes ayant obtenu leur diplôme à l'étranger ont suivi une formation initiale différente. De plus, les droits de prescriptions sont spécifiques à chaque pays européen. Bien qu'ayant passé une équivalence pour exercer en France, leurs pratiques professionnelles doivent être influencées et ne correspondent pas totalement à celles des diplômés français. La proportion de kinésithérapeutes de notre échantillon ayant obtenu leur diplôme à l'étranger était de 11,7%. Toujours selon le même rapport, cette proportion s'élève à 27,5% à l'échelle nationale (31). Notre échantillon était donc sous représentatif de ces kinésithérapeutes diplômés à l'étranger.

Aucun document officiel ne nous a renseignés précisément sur la répartition de l'année d'obtention du diplôme d'état des MK en France. Nous ne pouvons pas analyser la représentativité de notre échantillon sur ce critère. Demander aux kinésithérapeutes de renseigner leur âge est un point d'amélioration de notre étude qui aurait permis de contourner ce problème.

Les critères de répartition de l'échantillon sur le territoire et la proportion de diplômés étrangers ne sont pas représentatifs de la population cible. Nous n'avons pas pu réaliser des classes d'âge pour affiner notre connaissance de l'échantillon. Ainsi, bien que le nombre de répondants soit suffisant, il n'est pas possible d'affirmer que l'échantillon soit représentatif de la population des kinésithérapeutes exerçant en France.

### **4.1.3. Résultats obtenus**

L'objectif principal de ce travail était de réaliser un état des lieux du dépistage, de la prévention et de la prise en charge tabagique des kinésithérapeutes en milieu libéral en France. Notre première hypothèse était que les kinésithérapeutes libéraux dépistent le tabagisme, mais ne le prennent pas en charge. Nous avons constaté que le dépistage était effectué par 70% des MK avec pour but principal d'effectuer de la prévention tabagique (41,4%). La prise en charge tabagique était quant à elle réalisée par seulement 23,4% des kinésithérapeutes de notre échantillon. Seule une minorité de kinésithérapeutes le prenaient en charge systématiquement (1,8%). Au vu de ces résultats, notre hypothèse est confirmée.

Notre deuxième hypothèse était que le niveau de connaissance en tabacologie des kinésithérapeutes libéraux influence leur prise en charge du tabagisme. Nous avons constaté que plus les thérapeutes obtenaient un score de connaissance sur le tabagisme élevé, plus ils prenaient en charge cette addiction ( $p=0,009$ ), plus ils prescrivaient de substituts nicotiques ( $p<0,001$ ), plus ils proposaient une prise en charge du tabagisme des parents lors d'une consultation pédiatrique ( $p=0,018$ ) et plus ils considéraient cette prise en charge comme étant de leur compétence. Les kinésithérapeutes formés en tabacologie délivraient davantage le conseil minimal ( $p=0,003$ ), prenaient davantage en charge cette addiction ( $p<0,001$ ) et prescrivaient plus de substituts ( $p<0,001$ ). A l'inverse, le manque de connaissance était la principale raison évoquée par les kinésithérapeutes ne prenant pas en charge cette addiction (37,2%). Cette deuxième hypothèse est donc affirmée.

Enfin, notre troisième hypothèse était que les kinésithérapeutes libéraux spécialisés en kinésithérapie respiratoire prennent davantage en charge le tabagisme de leurs patients. Nous avons uniquement constaté qu'ils dépistaient davantage les parents lors d'une prise en charge pédiatrique ( $p<0,001$ ). En revanche, de manière générale, ils ne dépistaient pas plus et ne prenaient pas plus en charge le tabagisme que leurs confrères non spécialisés dans ce domaine. Leurs connaissances en tabacologie n'étaient pas supérieures. Ces éléments infirment donc notre dernière hypothèse.

## **4.2. Les résultats**

### **4.2.1. Echantillon**

#### **4.2.1.1. Formation**

La loi de modernisation du système de santé date de janvier 2016. Cette loi étant très récente, l'offre de formation n'est pas encore très développée. En effet, une étude réalisant un état des lieux de la formation continue des kinésithérapeutes de la région Grand-Est en 2018 (37) avait classé la formation en tabacologie parmi les moins répandues et les moins dispensées. Dans notre échantillon, seul 3,9% des répondants avaient déjà assisté à ce genre de formation continue en présentielle ou en e-learning.

Plus généralement, la majorité des 15,9% MK formés en tabacologie de notre échantillon avaient reçu cette formation lors de leur formation initiale (45,3%). Nous avons relevé que la plupart des kinésithérapeutes de cette catégorie étaient diplômés après 2015 (52,9%). Plus les thérapeutes avaient reçu leur diplôme récemment, plus ils étaient formés en tabacologie lors de leur formation initiale ( $p < 0,023$ ). Une réingénierie des études de la kinésithérapie a eu lieu en 2015 (x). A cette occasion, de nombreux contenus ont été modifiés. La santé publique y occupe une place plus importante. Cette différence de formation initiale est une piste de réflexion pouvant expliquer cette inégalité. Par ailleurs, la perception du tabagisme a évolué avec le temps. Nous sommes passés d'un tabagisme omniprésent et décomplexé dans les années 70 à une prise de conscience progressive depuis les années 2000 avec notamment l'interdiction de fumer dans les lieux publics en 2008 (38). Il est possible que les kinésithérapeutes diplômés plus récemment aient grandi avec une perception différente du tabagisme que leurs aînés. Ils étaient peut-être plus à même d'intégrer des notions de sensibilisations aux risques du tabagisme lors de leur formation initiale et ainsi de l'exprimer dans notre étude.

Concernant la formation en kinésithérapie respiratoire, nous avons cherché un lien entre la lutte contre le tabagisme et cette formation. Comme expliqué précédemment lors de notre deuxième hypothèse, peu de liens statistiquement significatifs n'ont pu être démontrés. Détailler le contenu des formations dans ce domaine pour voir si la question du tabagisme y est présente serait une piste de réflexion à approfondir.

#### **4.2.1.2. Statut tabagique des MK**

Notre échantillon comportait 14,1% de fumeurs. Cette proportion est bien inférieure à la moyenne nationale de la population française s'élevant à 25,2%. Les résultats de notre enquête sont similaires à ceux obtenus par une étude réalisée auprès des médecins généralistes, où ce taux s'élevait à 14,0% (39). Nous supposons que réaliser des études dans le domaine de la santé, évoluer dans un environnement où la sensibilisation aux risques du tabagisme est présente, ainsi que côtoyer des patients atteints de pathologies dues au tabac participent à diminuer la prévalence du tabac chez les kinésithérapeutes. Nos résultats sont en accord avec une étude américaine expliquant que la prévalence du tabagisme est inférieure chez les professionnels de santé par rapport à la population générale (40). Il semblerait que la sensibilisation et la connaissance du tabagisme permettent une meilleure prévention et diminuent ainsi la prévalence chez les professionnels de santé.

Nous avons constaté que les kinésithérapeutes plus expérimentés fumaient davantage que les jeunes diplômés ( $p=0,003$ ). Ces résultats sont en accord avec le Baromètre Santé 2017. En France, l'entrée des jeunes dans le tabagisme diminue depuis quelques années (5). Il est possible que l'évolution des mentalités ainsi que la prise de conscience de la jeune génération de professionnels de santé accentue ce phénomène.

#### **4.2.2. Dépistage tabagique**

##### **4.2.2.1. But et fréquence du dépistage**

Dans notre étude, le dépistage était effectué par 70% des MK. Cette proportion est à nuancer car la majorité des kinésithérapeutes (37%) ne l'effectuaient que de manière occasionnelle (chez 1 à 4 patients sur 10). 16,1% le réalisaient systématiquement et 30% ne dépistaient pas. Nous avons constaté que la formation ( $p=0,045$ ) et les connaissances en tabacologie ( $p=0,059$ ) influencent positivement le taux de dépistage des kinésithérapeutes. Une meilleure connaissance des impacts du tabagisme sur la santé peut pousser à mieux considérer cette addiction. Mieux comprendre l'aspect addictif, nocif et délétère du tabac peut pousser à davantage chercher à proposer une aide au patient. De même, la formation en tabacologie permet d'élargir les champs d'investigations du thérapeute.

Bien que généralement moins formés, les MK plus expérimentés dépistaient davantage le tabagisme ( $p=0,031$ ). Leur plus grande expérience peut leur permettre de considérer davantage le patient dans sa globalité. Les automatismes créés par l'habitude de prendre en



charge une multitude de pathologies leurs permettraient de chercher plus loin l'étiologie de ces pathologies. Nous avons constaté que ces derniers dépistaient davantage lors du bilan initial de prise en charge ( $p= 0,043$ ). Lorsqu'ils le réalisaient, ils avaient majoritairement pour but d'effectuer de la prévention tabagique ( $p<0,001$ ). A l'inverse, les thérapeutes moins expérimentés, passeraient plus de temps et dédieraient plus d'attention à la réalisation du bilan et du traitement de la pathologie du patient lors d'une consultation. Le tabagisme serait une donnée moins essentielle et moins prioritaire pour eux.

Il est intéressant d'observer que le statut tabagique du thérapeute influence sa pratique et notamment le dépistage du tabagisme. Les représentations que les fumeurs ou ex-fumeurs se sont construites autour de cette addiction doivent être différentes des non-fumeurs. Nous avons constaté que les MK fumeurs et ex-fumeurs avaient tendance à davantage dépister que les non-fumeurs (respectivement 74,1% et 75,8% vs 66,8%,  $p=0,069$ ). Cette différence s'expliquerait par la place plus importante qu'occupe, ou occupait, le tabagisme dans la vie de ces thérapeutes. A titre comparatif, une étude réalisée chez les médecins généralistes exposait des résultats opposés aux nôtres avec des praticiens fumeurs dépistant moins le tabagisme que les autres catégories ( $p=0,036$ ) (41). Sans pouvoir l'expliquer, nous constatons des résultats opposés pour deux professions de santé ayant une base de formation commune.

La HAS explique que le dépistage tabagique doit être réalisé annuellement. C'est un acte qui doit être répété pour ne pas passer à côté d'un éventuel changement de statut tabagique d'un patient. Un dépistage unique n'est donc pas suffisant. Elle précise également que le statut tabagique doit être réévalué régulièrement chez les fumeurs et chez les personnes ayant arrêté récemment (28). Les kinésithérapeutes abordant la question du tabagisme « Lorsque la conversation s'y prête » (28,6%) ne sont donc pas suffisamment précautionneux concernant cette addiction. Ces derniers dépistaient moins ( $p<0,001$ ) et estimaient moins le dépistage comme étant de la compétence du kinésithérapeute ( $p<0,001$ ). Les MK répondant « au moins une fois avec chaque patient » ou « systématiquement lors d'une nouvelle prise en charge » doivent donc répéter ce dépistage pour être plus efficaces. Etant tout de même plus investis dans le dépistage du tabagisme, ces derniers estimaient davantage que le dépistage fait partie des compétences de la profession ( $p<0,001$ ).

Concernant le but de ce dépistage, la majorité des sondés expliquaient l'effectuer pour réaliser de la prévention tabagique (41,4%). Ce résultat conforte l'idée que le kinésithérapeute, étant en contact fréquent et rapproché avec les patients, est un des professionnels les plus à même d'initier un sevrage tabagique. Sans forcément réaliser une prise en charge complète

du tabagisme de son patient, il peut amorcer une prise de conscience visant à le faire arrêter. Les kinésithérapeutes ont un rôle important de prévention et de sensibilisation aux risques du tabagisme. Ils agissent en première ligne contre cette addiction et permettent d'initier la chaîne de prise en charge. A ce propos, l'orientation vers un confrère pour une prise en charge adaptée était évoquée par 11% des répondants. Ne se considérant peut-être pas capables de prendre seuls en charge cette addiction ou préférant confier le patient à un professionnel spécialisé, les kinésithérapeutes orientant leurs patients remplissent déjà en grande partie leur rôle. Sans avoir forcément de grandes connaissances dans ce domaine, ils donnent davantage de chances à leurs patients de sortir de cette addiction. 8,2% proposaient directement une prise en charge eux-mêmes sans exprimer le besoin d'orienter le patient. Enfin, 23,7% utilisaient cette information pour adapter leur rééducation mais pas spécialement pour agir contre le tabagisme. Prendre en compte cette information est important pour assurer une prise en charge adaptée, mais profiter de ce dépistage pour amorcer un sevrage serait encore plus bénéfique. En effet, quelle que soit la pathologie, le tabagisme sera un frein à la rééducation.

Nous observons des résultats contradictoires concernant la fréquence de dépistage. Mesurer un taux de non dépistage à 30% dans la question de la fréquence du dépistage puis voir ce nombre descendre à 2,8% dans la question concernant le choix d'aborder le tabagisme peut être expliqué. La majorité des thérapeutes répondant ne pas dépister le tabagisme lorsque nous les interrogeons sur leur fréquence de dépistage avaient tout de même répondu le faire « lorsque la conversation s'y prête » (68,2%). Le même phénomène s'est produit avec la question concernant le but du dépistage où le taux de dépistage est passé à 15%. Nous supposons que l'intitulé des questions et des réponses déjà renseignées initiait une réflexion sur leurs pratiques professionnelles. Ils ont ainsi pu ajuster leurs réponses au fur et à mesure du remplissage du questionnaire. La question du tabagisme n'étant généralement pas au cœur de l'activité du kinésithérapeute, il est possible qu'ils ne se soient jamais réellement interrogés sur la fréquence et le but de ce dépistage tabagique lorsqu'ils le réalisaient. Une étude menée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Kiné du Grand Est concernant l'accompagnement au sevrage tabagique en périnatalité par les MK libéraux du Grand Est avait obtenu des résultats très différents (42). En effet, aucun des 82 kinésithérapeutes interrogés ne déclaraient dépister le tabagisme de leurs patientes et seul deux le prenaient en charge (2,4%). La population étudiée et le contexte de périnatalité limitent considérablement la comparabilité de cette étude avec la nôtre.

#### 4.2.2.2. Dépistage non systématique

Près de 50% des kinésithérapeutes de notre échantillon ne dépistaient pas systématiquement le tabagisme de leurs patients. 30% ne le dépistaient jamais. Les principales raisons évoquées étaient l'oubli (20%), le manque de connaissances à propos du tabagisme (18%) ou le manque de moyens (15,8%). Le manque de reconnaissances pécuniaires de ces actes peut expliquer en partie ces résultats. En effet, 29,7% des MK justifiaient ne pas être intéressés par des formations dans ce domaine à cause de l'absence de rémunération. Aucune cotation n'existe à ce jour pour valoriser le dépistage ou la prise en charge du tabagisme. Les contraintes financières importantes que subissent les libéraux, ajoutées à des cotations d'actes parfois insuffisantes, les contraignent à tenir un raisonnement économique. Dans un milieu où la santé du patient devrait être la priorité, il est regrettable que des raisons pécuniaires empêchent les thérapeutes d'agir librement. De plus, le tabagisme n'étant pas au cœur des revendications actuelles de la profession, il est difficilement imaginable que cette situation change dans les années à venir.

Leur décision d'effectuer ou non un dépistage tabagique dépendait principalement du motif de prise en charge (36,2%) et des antécédents du patient (26,2%). Ces éléments sont en effet très importants à prendre en compte pour une prise en charge efficace et adaptée. La qualité de l'échange établie avec le patient était également évoquée pour dépister ou non le tabagisme (21,3%). Nous constatons que tous les kinésithérapeutes n'avaient pas la même aisance à aborder la question du tabagisme. 28,7% d'entre eux considéraient la question du tabagisme comme n'étant pas simple à aborder. Connaissant mieux les subtilités et la complexité de cette addiction, les MK formés en tabacologie avaient plus de difficultés à l'aborder ( $p=0,043$ ).

Nous avons constaté que moins les MK étaient expérimentés, moins ils effectuaient ce dépistage ( $p=0,009$ ). Ce point conforte l'hypothèse précédemment développée expliquant qu'un jeune kinésithérapeute n'a pas encore acquis les automatismes de bilan et de prise en charge lui permettant d'avoir une approche encore plus globale du patient. Paradoxalement, nous constatons que ces kinésithérapeutes moins expérimentés mais mieux formés évoquaient plus le manque de connaissances médicales comme raison de dépistage non systématique ( $p=0,002$ ). Evoquer ce motif comme raison de ne pas dépister sous-entend que cet acte peut être complexe à réaliser. Or selon la HAS, le conseil minimal consiste en un dépistage simple, rapide et efficace. Il permet à lui seul de sevrer des dizaines de milliers de patients chaque année (27). La raison de ce non dépistage systématique est peut-être ailleurs.

Nous avons constaté que ces kinésithérapeutes considéraient moins la prise en charge du tabagisme comme étant de la compétence du kinésithérapeute ( $p=0,028$ ). Dépister une addiction dont ils ne considèrent pas avoir le rôle de traiter peut les freiner.

### **4.2.3. Prise en charge tabagique**

#### **4.2.3.1. Le conseil minimal**

Défini par l'HAS, le conseil minimal consiste à poser deux questions au patient : « Fumez-vous ? » puis « Souhaitez-vous arrêter ? ». Si la réponse est positive à la seconde question, le professionnel devrait délivrer une brochure d'aide au sevrage. Réaliser ce conseil contribue à lui seul à sevrer plusieurs milliers de personnes chaque année (27).

Près de la moitié des MK de notre échantillon répondaient ne pas connaître cette recommandation (49,2%) et seuls 15,4% étaient capables de le définir correctement. Selon une étude réalisée en 2016 interrogeant l'attitude préventive des médecins généralistes face au tabagisme, 75% d'entre eux connaissait le conseil minimal (43). Une autre étude questionnant les sages-femmes révélait que 95% d'entre elles connaissaient et appliquaient ce conseil minimal (44). Nous constatons ici un décalage des kinésithérapeutes vis-à-vis de ces autres professions de santé. Grâce aux actes réguliers qu'ils effectuent, parfois plusieurs fois par semaine, les MK établissent une relation privilégiée avec leurs patients. Ils paraissent ainsi bien placés pour délivrer le conseil minimal. Les kinésithérapeutes formés en tabacologie ( $p=0,012$ ) ou ayant de meilleures connaissances dans ce domaine ( $p=0,006$ ) connaissaient davantage ce conseil minimal. Il est probable qu'en ayant de meilleures connaissances en matière de lutte contre le tabagisme, les MK agiraient davantage et occuperaient une plus grande place dans cette lutte. Il semble important de renforcer les programmes de formation initiale déjà existants et développer la formation continue dans ce domaine.

Seuls 9,1% de l'échantillon déclaraient délivrer le conseil minimal. Si nous analysons les réponses à la question « Lui demandez-vous s'il envisage d'arrêter de fumer ? », correspondant à la deuxième question du conseil minimal, nous constatons que 9,9% répondaient ne jamais la poser. Nous supposons que la majorité des kinésithérapeutes ne connaissaient pas le conseil minimal et ne pouvaient donc pas déclarer le réaliser. En effet, au vu des réponses de la seconde question du conseil minimal, 90% des MK de l'enquête avaient déjà délivré sans le savoir une partie du conseil minimal. Il serait intéressant qu'ils poursuivent ce dépistage en donnant une brochure de *tabac-infos-service* ou en orientant vers

un spécialiste. Enfin, nous avons constaté que les MK prenant en charge le tabagisme de leurs patients connaissaient davantage le conseil minimal ( $p < 0,001$ ). Il est probable que ces kinésithérapeutes, étant davantage sensibilisés à cette addiction, se sont procurés des outils pour prendre en charge le tabagisme, notamment des brochures dédiées au sevrage.

#### **4.2.3.2. Fréquence et but de la prise en charge tabagique**

23,4% des kinésithérapeutes déclaraient proposer prendre en charge le tabagisme. Ils n'étaient qu'une minorité à le proposer systématiquement (1,8%), la majorité ne l'effectuant que « Parfois » (19,8%). Comme pour le dépistage tabagique, cette prise en charge était davantage effectuée par les kinésithérapeutes les plus expérimentés ( $p = 0,012$ ), les plus formés ( $p < 0,001$ ) et ceux ayant le plus de connaissances en tabacologie ( $p = 0,009$ ). Il paraît essentiel que les MK soient formés et se sentent concernés par cette dépendance.

Seuls 9,6% des kinésithérapeutes de notre échantillon avaient déjà prescrit des substituts nicotiques (TNS). Un mémoire de 2019 s'intéressant à l'utilisation du droit de prescription par les MK mesurait un taux deux fois inférieur au notre pour ce type de prescription (4,6%) (36). Il est possible que les kinésithérapeutes ayant répondu à notre enquête soient davantage intéressés par la tabacologie. Ce thème étant rarement abordé dans notre profession, les MK formés ou luttant contre le tabagisme sont surement surreprésentés dans notre étude. Nous avons également constaté que les kinésithérapeutes moins expérimentés prescrivaient davantage de TNS ( $p = 0,071$ ). Etant diplômés plus récemment, ils pourraient avoir pris connaissance de ce droit pendant leurs études. En effet, le droit de prescription des TNS a été donné en 2016 aux sages-femmes, aux médecins du travail, aux chirurgiens-dentistes, aux infirmiers et aux kinésithérapeutes. Le but était de renforcer la lutte contre le tabagisme. Bien que très récent, certaines professions s'en sont davantage emparé que les kinésithérapeutes. Selon le mémoire d'une sage-femme précédemment cité, elles sont déjà 25% à en prescrire régulièrement (44). Un mémoire de 2019 faisant un état des lieux de cette prescription chez les infirmiers affirmait que 20% d'entre eux ont déjà utilisé au moins une fois ce droit (45). Ce résultat est cependant à relativiser car l'échantillon de cette étude était très faible ( $n = 40$ ). Enfin, selon une revue Cochrane ayant analysé 123 essais, les substituts nicotiques majoreraient par 1,77 (IC95% [1,66-1,88]) l'efficacité globale en terme d'abstinence continue à 6-12 mois (46). Il paraît important que les kinésithérapeutes usent davantage de ce droit de prescription pour permettre un meilleur taux de sevrage de leurs patients.

Le motif principal de non prescription de TNS était le manque de connaissances (37,8%). Nous considérerons que les kinésithérapeutes répondant craindre de mal adapter la dose (17,4%) ou orienter vers un professionnel prescrivant des TNS (17,2%), manquaient également de connaissances dans ce domaine. Ces résultats confirment que les kinésithérapeutes non formés en tabacologie prescrivent moins de TNS ( $p < 0,001$ ). Encore une fois, la formation est un axe d'amélioration pour que la profession soit davantage impliquée dans la lutte contre le tabagisme. Nous constatons d'ailleurs que malgré la publication d'articles dans plusieurs magazines professionnels de kinésithérapie (35,47,48), 19% des MK non prescripteurs ignoraient que cet acte faisait partie de leur champ de compétences. Le manque de moyens financiers ne semble pas expliquer la non prescription car seulement 6,8% évoquaient cette raison.

Lorsque les kinésithérapeutes prenaient en charge le tabagisme, il s'agissait souvent d'une discussion avec le patient. Le but était de lui faire prendre conscience des risques du tabagisme et de l'intérêt d'un sevrage. Cette prévention était réalisée par un tiers des MK prenant en charge le tabagisme. Par ailleurs, 14,4% des kinésithérapeutes prenant en charge le tabagisme orientaient vers un autre professionnel. En travaillant ainsi, ces derniers remplissent complètement le rôle de sentinelle que doit occuper le kinésithérapeute. En effet, nous sommes les mieux placés pour détecter le tabagisme de nos patients. La relation de confiance qui s'établit au cours des séances est propice à aborder plus aisément ce genre de thématique. Pouvoir orienter le patient permet aux MK n'ayant pas forcément tous les outils pour intervenir seuls d'amorcer une prise en charge de qualité menant vers un sevrage. Les médecins généralistes étaient les professionnels vers lesquels les thérapeutes orientaient le plus leurs patients (26,3%). Ces derniers étant souvent les prescripteurs initiaux des patients tabagiques, ils ont une place de choix pour prendre le relais et proposer un traitement au patient. Les hypnothérapeutes ont également beaucoup été cités (17%). Depuis 2006, l'HAS recommande l'utilisation de l'hypnose dans le traitement du tabagisme (49). D'ailleurs, trois kinésithérapeutes ayant répondu à l'étude ont déclaré être formés en hypnothérapie et prendre en charge eux même leurs patients tabagiques. Voilà encore un domaine de compétences que les MK pourraient explorer afin d'améliorer leur prise en charge. Les professionnels spécialistes du tabagisme étaient un peu moins cités. Les tabacologues (16,4%) et les pneumologues (8,2%) sont pourtant des professionnels de choix dans le traitement du tabagisme.

#### **4.2.3.3. Non prise en charge du tabagisme**

Près de trois quarts des kinésithérapeutes indiquaient ne pas prendre en charge le tabagisme de leurs patients. Les difficultés exposées étaient principalement le manque de connaissances (37,2%) et de moyens (11,4%), notamment financiers (9,7%). Les kinésithérapeutes ayant le plus d'expérience étaient ceux les moins formés à la tabacologie. Ils expliquaient davantage leur absence de prise en charge tabagique par un manque de connaissances ( $p < 0,001$ ). Nous réalisons encore une fois l'importance du développement de la formation initiale et continue dans ce domaine. Si la formation de base du kinésithérapeute comprenait plus de tabacologie, il est probable que l'intérêt qu'ils portent à ce domaine augmenterait. Ils chercheraient probablement à se former, leur permettant ainsi de mieux prendre en charge le tabagisme. Sans en avoir conscience, les 14,5% orientant leurs patients vers un autre professionnel prenaient en charge le tabagisme. En effet, cette orientation fait partie du circuit d'aide à l'arrêt.

#### **4.2.4. Perception du rôle des kinésithérapeutes et désir de formation**

La majorité des kinésithérapeutes définissait le dépistage et la prévention comme étant de leur compétence (82,8% et 90,1%). Ces kinésithérapeutes désiraient davantage se former dans ce domaine ( $p < 0,001$ ). Nous comprenons aisément le manque d'intérêt pour la tabacologie que peuvent avoir les kinésithérapeutes ne se sentant pas concernés par la prise en charge tabagique. Leur avis sur la prise en charge tabagique était quant à lui plus partagé. Un peu moins de la moitié des kinésithérapeutes se sentaient concernés par cet acte (47,9%). Ces résultats confirment nos constatations précédentes, le dépistage et la prévention sont davantage réalisés que la prise en charge tabagique.

Pour finir, plus d'un kinésithérapeute sur deux souhaitaient se former en tabacologie (59,1%). Cette étude a particulièrement suscité l'intérêt de 59 kinésithérapeutes. Ils nous ont contacté via l'adresse mail disponible à la fin du questionnaire afin d'en obtenir les résultats. Les MK les plus expérimentés étaient ceux étant les plus désireux de suivre une formation dans ce domaine ( $p < 0,001$ ). N'étant pas un axe prioritaire pour beaucoup de kinésithérapeutes, il est possible que les plus expérimentés soient davantage intéressés par ce genre de formation car ils ont déjà pu assister aux plus classiques. Ils cherchent ainsi à diversifier et enrichir leur pratique professionnelle. Logiquement, les MK considérant le dépistage, la prévention et la prise en charge tabagique comme du rôle du kinésithérapeute étaient davantage intéressés par une formation. Enfin, le manque de temps (37,2%) et d'intérêt

pour ce sujet (33,1%) étaient les deux principales raisons expliquant le manque d'envie de se former. La raison financière été évoquée par 29,7% des répondants. Bien que n'étant pas d'actualité, créer une cotation spécifique à la tabacologie encouragerait grandement les kinésithérapeutes à s'occuper de cette addiction. Le contexte socio-économique actuel ne semble cependant pas favorable à ce genre de valorisation.

### 4.3. Les points faibles de l'étude

#### 4.3.1. Les biais

Le premier biais présent dans cette étude était un biais de **sélection**. En effet, l'étude ayant été presque exclusivement diffusée par la FFMKR, seuls leurs membres pouvaient y répondre. Ayant l'habitude d'être fréquemment sollicités pour des enquêtes réalisées par des étudiants, les thérapeutes intéressés par le domaine de l'étude ont sûrement davantage répondu. Le manque d'intérêt porté à la tabacologie a dû freiner certains thérapeutes à répondre à notre questionnaire. Ceci constitue un biais de **non-réponse** dans notre étude. Multiplier les canaux de diffusion ainsi que les relances aurait ainsi permis de constituer un échantillon plus représentatif et de limiter ce biais. Malheureusement, la FFMKR étant beaucoup sollicitée, il n'était pas possible de relancer leurs adhérents. Utiliser la méthode des quotas avant de diffuser le questionnaire en ayant des objectifs de taux de réponse par région nous aurait aussi permis d'améliorer cette représentativité. Enfin interroger les kinésithérapeutes sur leur âge et non pas uniquement sur l'année d'obtention de leur diplôme d'état aurait permis d'effectuer des classes d'âge pour les comparer à la population cible. Ce procédé aurait encore affiné nos connaissances de notre échantillon.

Notre enquête admettait également un biais de **subjectivité**. Certaines questions poussant les thérapeutes à expliquer leurs pratiques peuvent être mal perçues. C'est particulièrement vrai lorsque nous les interrogeons sur la raison de l'absence du dépistage ou de la prise en charge du tabagisme. Pour limiter ce biais, nous les avons interrogés sur leur statut tabagique à la fin du questionnaire. Nous ne voulions pas que cette question, très personnelle, n'affecte leurs réponses. De plus, il est possible que les kinésithérapeutes aient répondu ce qui leur semble être la bonne pratique et non ce qu'ils font réellement. Ils ont pu minimiser certaines informations et en exagérer d'autres.

Des biais **méthodologiques** sont également présents. La formulation des questions et l'ordre qu'elles occupent pouvaient influencer les réponses. Proposer des réponses semi-



ouvertes nous a fait perdre la spontanéité de certaines réponses. Leur proposer des réponses déjà rédigées modifie et dirige leurs réponses. En effet, ils ne peuvent pas y apporter toutes les nuances nécessaires pour bien comprendre leurs pensées. Bien qu'ils aient eu la possibilité de répondre « Autre » et de s'exprimer, peu ont pris le temps de le faire. Nous avons parfois constaté que la première réponse proposée était la plus choisie. Il est possible que les kinésithérapeutes répondant rapidement à l'enquête n'aient pas pris le temps de lire tous les items et aient davantage sélectionné le premier. Enfin, diviser notre échantillon en deux groupes grâce aux médianes appauvrit la puissance de notre analyse statistique. L'utilisation de tests plus puissants et la création d'un plus grand nombre de groupes auraient permis d'affiner nos résultats.

La fin du questionnaire étant la réalisation d'un score de connaissance, il est possible que certains répondants n'aient pas pris la peine de réfléchir à chaque item. La densité des dernières questions a pu créer un biais **cognitif** correspondant à un sentiment de lassitude pour le répondant.

#### 4.3.2. Les limites

Selon le Baromètre Santé Publique France 2017, l'apparition de remplaçants à la cigarette traditionnelle tels que les vapoteuses/cigarettes électroniques sont en partie responsables de la diminution de prévalence du tabagisme classique en France (5). Ce nouveau produit est cependant mal connu des organisations sanitaires internationales. Le manque de recul provoque une controverse concernant la balance bénéfices/risques de ce produit (50). La nocivité des émissions qu'elle génère sur le long terme ainsi que son efficacité dans l'aide au sevrage tabagique sont questionnées. La littérature scientifique ne permet pas à ce jour de définir un consensus indiscutable (51). Nous n'avons donc pas pris en compte cet élément dans notre étude.

Nous avons également choisi dans notre étude de ne pas aborder la question du tabagisme passif. Selon le ministère de la santé et des solidarités, un million de personnes y sont exposées et celui-ci provoque 3 000 à 5 000 morts par an (52). Cet effet collatéral du tabagisme actif est cependant très difficile à quantifier. Il aurait été intéressant de s'intéresser à la représentation que les kinésithérapeutes ont de ce phénomène, notamment en pédiatrie.

En nous concentrant uniquement sur le milieu libéral, nous n'avons pas étudié la lutte contre le tabagisme en milieu institutionnel. Il serait intéressant de définir la place qu'occupe

le kinésithérapeute vis-à-vis du tabagisme au sein de ces équipes pluridisciplinaires. Au vu des disparités présentes entre ces différentes structures, réaliser une étude à l'aide d'un questionnaire nous semblait compliqué.

#### **4.4. Perspectives**

A cause de l'utilisation de questions semi-ouvertes voir fermées, nos résultats étaient très guidés. Mener des entretiens semi-directifs afin de réaliser une étude qualitative nous permettraient d'enrichir et d'affiner nos résultats. Nous pourrions également comparer plus précisément la vision du tabagisme qu'ont les kinésithérapeutes. Etudier les programmes de formations seraient également une piste de développement de notre enquête. Définir plus précisément le contenu de ces dernières pourrait expliquer certains de nos résultats, notamment en matière de conseil minimal. Diriger une étude similaire à la nôtre en diversifiant davantage les canaux de diffusion ainsi que la diversité des répondants affinerait nos résultats. Enfin, réaliser cette étude en milieu institutionnel nous fournirait un aperçu plus large des habitudes de la profession. Nous pourrions ainsi comparer le travail des kinésithérapeutes libéraux avec ceux exerçant en salariat.

Les pratiques professionnelles évoluant sans cesse, actualiser ce travail dans quelques années permettrait d'observer l'évolution de la lutte contre le tabagisme au sein de notre profession. Les éventuelles possibilités d'accès direct au soin de la profession dans les années futures pourraient permettre de modifier les habitudes des thérapeutes. Il serait plutôt intéressant d'étudier l'évolution de leurs pratiques en matière d'approche du tabagisme.

## 5. CONCLUSION

La consommation de tabac est la première cause de mortalité évitable dans le monde. Il affecte tous les grands systèmes de l'organisme ainsi que tous les organes et types de tissus. Quelle que soit la pathologie du patient, sa consommation de tabac est un frein à sa rééducation. Acteurs majeurs de la prévention et impliqués dans l'éducation thérapeutique, les kinésithérapeutes sont en première ligne pour participer au dépistage et au sevrage tabagique. La relation de confiance qu'ils instaurent avec le patient au cours de sa prise en charge permet d'aborder plus facilement la question du tabagisme.

Le dépistage tabagique était réalisé par la majorité des kinésithérapeutes de notre échantillon (70%) mais rarement de manière systématique (16,1%). L'objectif de ce dépistage était principalement d'effectuer de la prévention tabagique (41,4%). Ce dépistage était généralement intégré au bilan initial de début de prise en charge, permettant ainsi d'adapter la rééducation. Aborder ce sujet « lorsque la conversation s'y prêt » était révélateur, entre autres, d'un faible intérêt du thérapeute pour ce domaine. De plus, ils estiment moins avoir un rôle à jouer dans la lutte contre le tabagisme.

Le conseil minimal est mal connu par les kinésithérapeutes. Recommandation simple permettant de sevrer des dizaines de milliers de patients chaque année, seuls 9,1% des thérapeutes de notre échantillon savaient le définir et le réaliser. Il est possible que cette proportion soit sous-estimée, certains MK le réalisant sans le savoir. Les substituts nicotiniques font également rarement partie de l'arsenal thérapeutique des kinésithérapeutes. Bien que faisant partie des compétences du MK depuis 2016, ils sont mal connus par la profession et peu osent en prescrire (9,6%).

La réalisation du dépistage, de la prise en charge tabagique ainsi que la délivrance du conseil minimal étaient davantage effectuées par les kinésithérapeutes initiés à la tabacologie, ayant de meilleures connaissances et percevant l'importance de leur profession dans ce domaine. Il paraît donc essentiel que l'offre de formation continue se multiplie. Le format e-learning conviendrait parfaitement à ce genre de formation principalement théorique. De plus, intégrer davantage de sensibilisation à l'impact du tabagisme dès la formation initiale permettrait, dans le futur, à la profession de mieux affirmer son rôle dans cette lutte.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la santé. Tabagisme [en ligne]. 2019 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Organisation mondiale de la santé. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. 2017. 135 p. ISBN : 9789241512824
3. Wirth N, Bohadana A, Spinosa A, Abou-Hamdan K, Raymond S, Martinet Y, et al. Tabagisme : de la prévention au sevrage. *Rev Mal Respir.* déc 2004;21(6):1197-1201.
4. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014 [cité 30 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours)
5. Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Jean-Baptiste Richard, Virginie Demiguel, Nolwenn Regnault, Romain Guignard, et al. Baromètre santé 2017 Alcool et Tabac. 2017 [cité 14 janv 2020]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/Barometre%20Grossesse-Alcool-Tabac.PDF>
6. Santé publique France. Tabac. 2019 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/tabac](#)
7. Directorate-General for Communication (European Commission). Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes - Publications Office of the EU. 2017 [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/2f01a3d1-0af2-11e8-966a-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF>
8. Janah H, et al. Est-ce que le fumeur connaît les méfaits du tabac? *Pan Afr Med J.* 2014 [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/19/127/full/>
9. Organisation mondiale de la santé. Le tabac: mortel sous toutes ses formes : Journée mondiale sans tabac 2006. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé; 2006. 48p. ISBN : 92 4 156322 2
10. Office of the Surgeon General (US), Office on Smoking and Health (US). The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2004 [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44695/>
11. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum.* 2004;83:1-1438.
12. Perriot J, Underner M, Peiffer G, Dautzenberg B. L'aide à l'arrêt du tabac des fumeurs atteints de BPCO, d'asthme, de cancer bronchique, et opérés. *Rev Pneumol Clin.* juin 2018;74(3):170-180.
13. Girot M. Rôle du tabagisme dans la pathologie vasculaire cérébrale. *Presse Médicale.* juill 2009;38(7-8):1120-1125.

14. Nodin E, Gottrup F, Tue Sørensen L. Incidences du tabac sur la cicatrisation. Rev Francoph Cicatrisation. mars 2018;2(2):33-37.
15. The American Orthopaedic Foot & Ankle Society. How Smoking Affects Healing | FootCareMD [en ligne]. [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.footcaremd.org/resources/how-to-help/how-smoking-affects-healing>
16. Adams CI, Keating JF, Court-Brown CM. Cigarette smoking and open tibial fractures. Injury. janv 2001;32(1):61-65.
17. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. Lancet Lond Engl. 12 janv 2002;359(9301):114-117.
18. Dautzenberg B, Masquelet AJ. Le défi de la prise en charge du tabagisme péri-opératoire. 2006; 22:1-4.
19. Ott A, Slooter AJ, Hofman A, van Harskamp F, Witteman JC, Van Broeckhoven C, et al. Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study: the Rotterdam Study. Lancet Lond Engl. 20 juin 1998;351(9119):1840-1843.
20. Fromont A. Tabac et Sclérose En Plaques. Courr SEP. 2011;129:5-7.
21. Elbaz A, Moisan F. Maladie de Parkinson : une maladie à forte composante environnementale ? Rev Neurol (Paris). 2010;166(10):757-763.
22. Perriot J, Underner M. Tabac : quels risques pour la santé ? Rev Prat. 2012; 62:333-336.
23. Sepaniak S, Forges T, Fontaine B, Gerard H, Foliguet B, Guillet-May F, et al. Impact négatif du tabac sur la fertilité masculine : des spermatozoïdes à la descendance. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2004;33(5):384-390.
24. Sepaniak S, Forges T, Monnier-Barbarino P. Conséquences du tabac sur la fertilité masculine. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2005;34:102-111.
25. Wainer R. Tabagisme et fertilité ovarienne. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2001;29(12):881-7.
26. Habib P. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 avr 2005;34:353-69.
27. Tabac-info-service. Professionnels de santé [en ligne]. [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.tabac-info-service.fr/Espaces-professionnels/Professionnels-de-sante#Prendre\\_en\\_charge\\_un\\_patient\\_fumeur](https://www.tabac-info-service.fr/Espaces-professionnels/Professionnels-de-sante#Prendre_en_charge_un_patient_fumeur)
28. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014 [cité 24 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours)
29. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. Journal officiel n° 0022 du 27 janvier 2016.

30. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Depuis le 27 janvier 2016 les kinésithérapeutes peuvent prescrire des substituts nicotiques [en ligne]. 2016 [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/patients/depuis-le-27-janvier-2016-les-kinesitherapeutes-peuvent-prescrire-des-substituts-nicotiques/>
31. Antoine M-J, Dumas J-F. Rapport : Démographie des kinésithérapeutes. 2017 [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: [http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport\\_demographie\\_2017.pdf](http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf)
32. Calculer la taille de votre échantillon avec SurveyMonkey [Internet]. [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>
33. Ministère des Solidarité et de la Santé. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [en ligne]. 2014 [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
34. Bourdillon F. Éditorial. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(15):270-1. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019\\_14\\_0.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_14_0.html)
35. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. La lutte contre le tabagisme est l'affaire de tous ! [en ligne]. 2019 [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/patients/la-lutte-contre-le-tabagisme-est-laffaire-de-tous/>
36. Dimartino S. Utilisation du droit de prescription par les masseurs-kinesitherapeutes, où en sommes-nous ? 2019. 67p. Mémoire de fin d'étude en kinésithérapie : Nancy, IFMK de Nancy.
37. Perros A. Etat des lieux de la formation continue des masseurs-kinésithérapeutes de la région grand-est en 2018. 2019. 98p. Mémoire de fin d'étude en kinésithérapie : Nancy, IFMK de Nancy; 2019.
38. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'interdiction de fumer dans les lieux publics [en ligne]. 2014 [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-interdiction-de-fumer-dans-les-lieux-publics>
39. Raphaël Andler, Romain Guignard, Anne Pasquereau, Viêt Nguyen-Thanh. Tabagisme des professionnels de santé en France. 2019 [cité 22 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/depliant-flyer/tabagisme-des-professionnels-de-sante-en-france>
40. Tong EK, Strouse R, Hall J, Kovac M, Schroeder SA. National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob. juill 2010;12(7):724-733.
41. Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G, et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. Rev Mal Respir. nov 2006;23(5):426-429.
42. URPS. Etat des lieux de l'accompagnement au sevrage tabagique en périnatalité par les MK libéraux du GE. 2019. 11p.
43. Martinez A. Etat des lieux dans les pays de la Loire de l'attitude préventive des médecins

généralistes face au tabagisme de leurs patients. 2016, Thèse de médecine, CHU Angers. Université d'Angers.

44. Dupuy O. Prise en charge tabagique par les sages-femmes d'île-de-france lors du suivi gynécologique de prévention. 2019. Mémoire de fin d'étude de sage-femme : Ecole de sages-femmes Hôpital Foch, Université de Versailles.
45. Bourgeois A. Traitement de substitution à la nicotine et infirmiers libéraux : du droit de prescription à la pratique. 2019. Mémoire de fin d'étude d'infirmier : Faculté de médecine Montpellier, Université de Montpellier.
46. Silagy C, Lancaster T, Stead LF, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub2/full>
47. Substituts nicotiques [en ligne]. 2019 [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/delivrance-substituts-nicotiques/substituts-nicotiques>
48. Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs. Une nouvelle prescription pour nous ! [en ligne]. 2016 [cité 30 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.ffmkr.org/actualites/nos-actualites/5-fevr-2016-une-nouvelle-prescription-pour-nous>
49. HAS. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique, efficacité, efficience et prise en charge financière. 2007 [cité 10 avr 2020]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_477515/fr/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere](https://www.has-sante.fr/jcms/c_477515/fr/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere)
50. Farsalinos K. Electronic cigarettes : an aid in smoking cessation, or a new health hazard? Ther Adv Respir Dis. 2018 [cité 19 mar 2020]. Disponible sur : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1753465817744960#articleCitationDownloadContainer>
51. McNeill A, Brose L, Calder R. Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. 2018;243.
52. Ministère des Solidarités et de la Santé. Tabagisme passif et risques pour la santé [En ligne]. 2014 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-ensante/addictions/article/tabagisme-passif-et-risques-pour-la-sante>

# **ANNEXES**

**ANNEXE I – Arrêt de la consommation de tabac. Haute autorité de santé**

**ANNEXE II – Questionnaire**

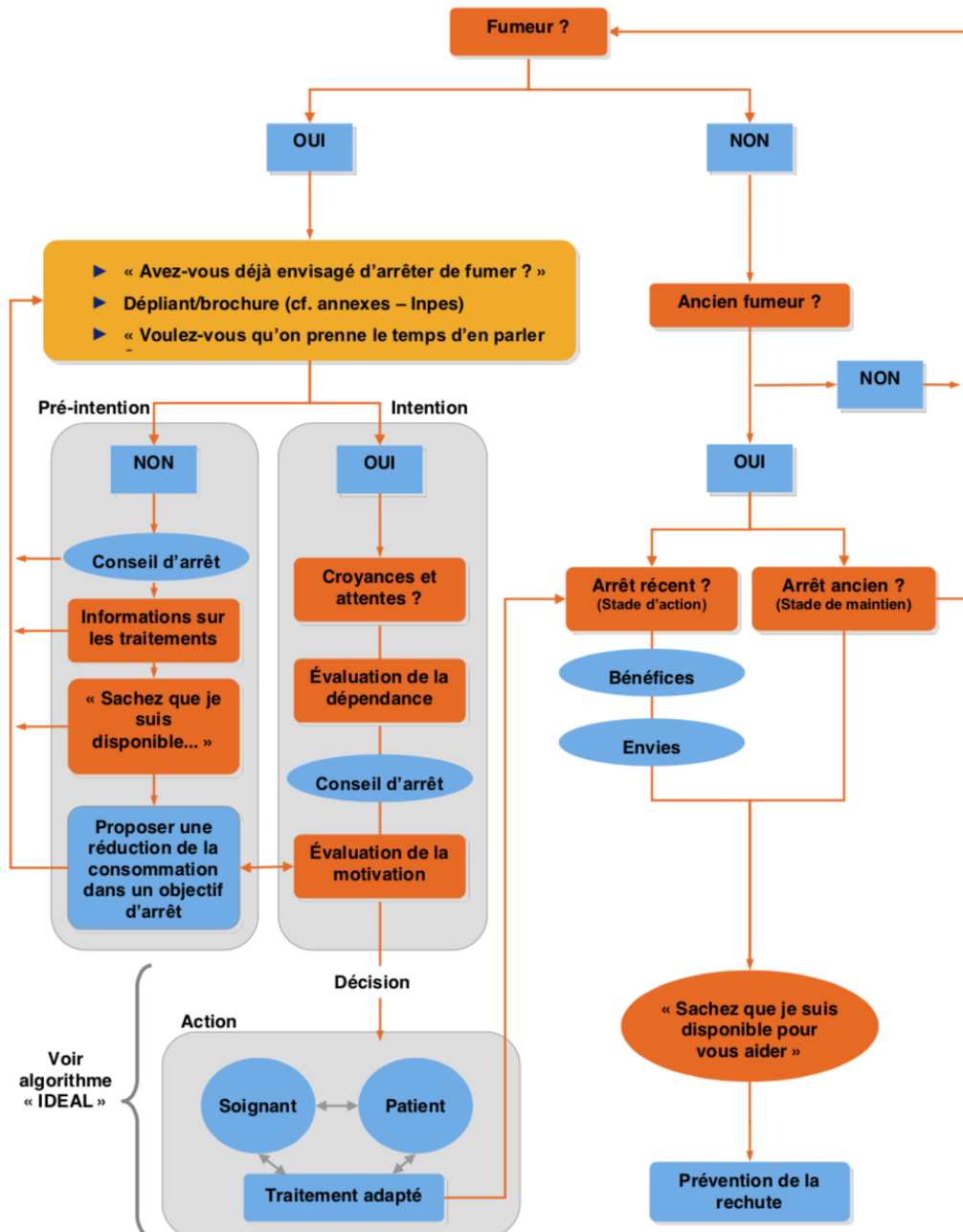
**ANNEXE III – Tableau des résultats de l'analyse statistique**

**ANNEXE IV – Tableau de représentativité du lieu d'exercice**

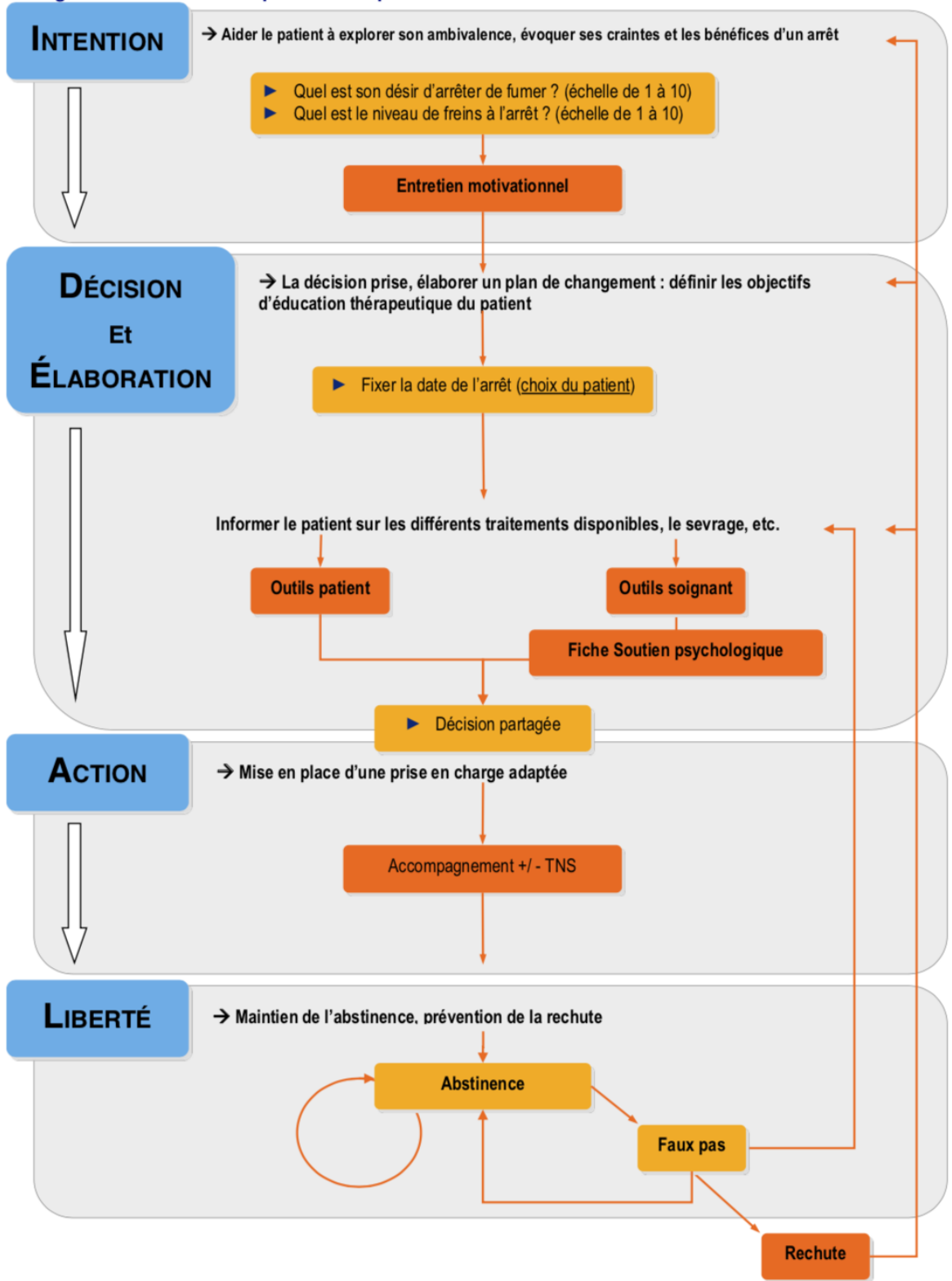


# ANNEXE I – Arrêt de la consommation de tabac. Haute autorité de santé

Algorithme 1. Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac



**Algorithme 2 « IDEAL » : parcours du patient désireux d'arrêter de fumer**



## **ANNEXE II - Questionnaire**

En France, les kinésithérapeutes libéraux sont-ils acteurs du dépistage, de la prévention et de la prise en charge tabagique ?

23/10/2019 14:50

### **En France, les kinésithérapeutes libéraux sont-ils acteurs du dépistage, de la prévention et de la prise en charge tabagique ?**

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude sous la direction de Corinne FRICHE, je réalise un état des lieux du dépistage, de la prévention et de la prise en charge tabagique des kinésithérapeutes en milieu libéral.

Le but de ce questionnaire est de mieux comprendre la place actuelle qu'occupent les kinésithérapeutes face au tabagisme en France. Quels outils utilisent-ils et quelles difficultés rencontrent-ils pour lutter contre ce problème de santé publique ?

Ce questionnaire est anonyme et dure entre 5 et 10 minutes.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette enquête, n'hésitez pas à envoyer un mail à l'adresse : [tabac.kine@gmail.com](mailto:tabac.kine@gmail.com)

Merci d'avance !

Antoine MANDET

\*Obligatoire

### **En savoir un peu plus sur vous**

#### **1. Année d'obtention du diplôme d'état \***

*Une seule réponse possible.*

- Avant 1960
- 1960
- 1961
- 1962
- 1963
- 1964
- 1965
- 1966
- 1967
- 1968
- 1969
- 1970
- 1971
- 1972
- 1973
- 1974

En France, les kinésithérapeutes libéraux sont-ils acteurs du dépistage, de la prévention et de la prise en charge tabagique ?

23/10/2019 14:50

- 1975
- 1976
- 1977
- 1978
- 1979
- 1980
- 1981
- 1982
- 1983
- 1984
- 1985
- 1986
- 1987
- 1988
- 1989
- 1990
- 1991
- 1992
- 1993
- 1994
- 1995
- 1996
- 1997
- 1998
- 1999
- 2000
- 2001
- 2002
- 2003
- 2004
- 2005
- 2006
- 2007
- 2008
- 2009
- 2010
- 2011

- 2012
- 2013
- 2014
- 2015
- 2016
- 2017
- 2018
- 2019

**2. Diplôme de masso-kinésithérapeute obtenu en France \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

**3. Sexe \***

*Une seule réponse possible.*

- Homme
- Femme

**4. Exercez-vous actuellement en libéral ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

**5. Nombre d'années cumulées de pratique en libéral \***

*Une seule réponse possible.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12

- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49

- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60 et plus

**6. Lieu d'exercice principal \***

*Une seule réponse possible.*

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Hauts-de-France
- Île-de-France
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- fais des remplacement dans toute la France

**7. Forme d'exercice \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Cabinet libéral
- Exercice exclusif à domicile
- Maison de santé pluridisciplinaire
- Centre hospitalier
- Centre de rééducation
- Autre : \_\_\_\_\_

**8. Avez-vous suivi une formation en tabacologie/addictologie ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Oui, en formation initiale
- Oui, en formation continue présentielle courte
- Oui, en formation continue e-learning
- Oui, j'ai un diplôme universitaire de tabacologie/addictologie
- Oui, lors d'atelier (en Congrès, Colloque, Assise, Réseau de santé ...)
- Non
- Autre : \_\_\_\_\_

**9. Pratiquez-vous de la kinésithérapie respiratoire ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

**10. Avez-vous suivi une formation dans le domaine de la kinésithérapie respiratoire ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

## Dépistage tabagique

**11. Vous dépistez le tabagisme de vos patients : \***

*Une seule réponse possible.*

- Jamais *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 19.*
- Parfois (1 à 4 patients sur 10) *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 19.*
- Souvent (5 à 9 patients sur 10) *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 19.*
- Toujours *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 21.*

**12. La question du tabagisme est un élément présent systématiquement lors du BILAN INITIAL de début de traitement : \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non



13. **Vous abordez la question de la consommation de tabac : \***

*Une seule réponse possible.*

- Je ne l'aborde jamais
- Systématiquement lors d'une nouvelle prise en charge
- Au moins une fois avec chaque patient au cours de son traitement
- Uniquement avec les nouveaux patients
- Uniquement pour les patients jugés à risque
- Uniquement à la demande du patient
- Lorsque la conversation s'y prête
- Autre : \_\_\_\_\_

14. **Lorsque vous dépistez le tabagisme de vos patients, quel est le but de ce dépistage ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Je ne le dépiste pas
- Adapter la prise en charge de rééducation
- Effectuer de la prévention tabagique
- Proposer une prise en charge tabagique
- Orienter vers un confrère pour une prise en charge adaptée
- Autre : \_\_\_\_\_

15. **Relevez-vous le statut tabagique des parents lors d'une prise en charge pédiatrique ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

16. **Si oui, leur proposez-vous un début de prise en charge bien que la cause de leur venue soit leur enfant ?**

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

17. **Le conseil minimal défini par la HAS consiste principalement à : \***

*Une seule réponse possible.*

- Expliquer les dangers du tabac
- Demander au patient s'il fume et s'il souhaite arrêter de fumer
- Conseiller au patient différentes thérapies pour arrêter de fumer

**18. Pensez-vous réaliser le conseil minimal auprès de vos patient lors d'une nouvelle prise en charge ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

## Dépistage du tabagisme non systématique

**19. Vous n'évoquez pas systématiquement la consommation de tabac avec vos patients, pourquoi ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Je n'y pense pas  
 Je manque de temps  
 Je ne me sens pas concerné(e) par cette addiction  
 Je pense que ce n'est pas le rôle du kinésithérapeute  
 Je pense que les patients ne rapporteront pas toujours la réalité (déli, culpabilité...)  
 Je manque de moyens pour orienter et aider les patients fumeurs  
 Je crains de mettre le patient mal à l'aise  
 Je crains une réaction négative du patient  
 Je n'ai pas suffisamment de connaissances médicales concernant ce sujet  
 Je ne suis pas rémunéré(e) pour cet acte de prévention  
 Autre : \_\_\_\_\_

**20. De quoi votre décision d'aborder ou non ce sujet dépend-elle ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Je ne l'aborde jamais  
 Des antécédents médicaux du patient  
 Du motif de prise en charge du patient  
 De l'âge du patient  
 De la catégorie socio-professionnelle du patient  
 De la qualité de l'échange établi avec le patient  
 Du temps disponible pour la séance  
 Autre : \_\_\_\_\_

## Prise en charge du tabagisme des patients fumeurs

**21. Lui demandez-vous s'il envisage d'arrêter de fumer ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Jamais
- Parfois (1 à 4 patients sur 10)
- Souvent (5 à 9 patients sur 10)
- Toujours

**22. Prenez-vous en charge le tabagisme de vos patients ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Jamais *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 26.*
- Parfois (1 à 4 patients sur 10)
- Souvent (5 à 9 patients sur 10)
- Toujours

**23. Avez-vous déjà prescrit des substituts nicotiniques ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Oui
- Non, je ne savais pas que cette prescription faisait partie du champ de compétence du kinésithérapeute
- Non, par manque de connaissances
- Non, par crainte de la mauvaise adaptation des doses (surdosage/sous-dosage)
- Non, par manque de temps
- Non, ce n'est pas le rôle du kinésithérapeute
- Non, car j'oriente mes patients vers un professionnel prescrivant des substituts nicotiniques
- Non, car cet acte n'est pas rémunéré
- Autre : \_\_\_\_\_

## **Prise en charge du tabagisme des patients fumeurs**

**24. Comment prenez-vous en charge le tabagisme de vos patients ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Prévention-information des risques et aide au sevrage tabagique
- Don de brochures / dépliants
- Orientation vers le site web : [tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr)
- Conseil d'usage de la cigarette électronique
- Prescription de substituts nicotiniques
- Orientation vers un autre professionnel : à spécifier dans la prochaine question
- Utilisation de l'hypnose
- Identification des cigarettes associées à un événement du quotidien
- Utilisation d'un CO2 testeur
- Autre : \_\_\_\_\_

**25. Vers quel(s) professionnel(s) orientez-vous votre patient ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Je n'oriente pas mes patients fumeurs vers un autre professionnel
- Addictologue
- Tabacologue
- Pneumologue
- Médecin traitant
- Psychologue
- Hypnothérapeute
- Médecin acupuncteur
- Médecin homéopathe
- Autre : \_\_\_\_\_

*Passez à la question 27.*

## **Non prise en charge du tabagisme des patients fumeurs**

**26. Pourquoi ne prenez-vous pas en charge le tabagisme de vos patients fumeurs ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Car je n'ai pas les connaissances nécessaires pour prendre en charge cette addiction
- Car je manque de moyens pour prendre en charge cette addiction
- Car je pense que ce n'est pas le rôle du kinésithérapeute
- Car j'oriente mes patients vers un autre professionnel de santé
- Car je manque de temps pour prendre en charge cette addiction
- Car cette prise en charge n'est pas rémunérée
- Autre : \_\_\_\_\_

## Rôle du kinésithérapeute

### 27. Selon vous, ces items sont-ils de la compétence du kinésithérapeute libéral ? \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Le dépistage tabagique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prévention tabagique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge tabagique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 28. Selon vous, la question du tabagisme est-elle facile à aborder ? \*

Une seule réponse possible.

- Très facile
- Plutôt facile
- Facile
- Difficile
- Plutôt difficile
- Très difficile

## Les connaissances du kinésithérapeute

29. **Selon vous, à partir de combien de cigarettes quotidiennes le tabac est-il nocif pour la santé ? \***

*Une seule réponse possible.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- > 15

**30. Selon vous, le tabagisme a un impact sur : \****Une seule réponse possible par ligne.*

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas	D'accord	Tout à fait d'accord
L'augmentation de la prévalence d'une multitude de cancers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'augmentation de la prévalence des maladies cardio-vasculaires (AVC, infarctus du myocarde ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'augmentation de la prévalence des atteintes respiratoires (BPCO, asthme ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'augmentation de la prévalence de maladies neuro-dégénératives (Maladie de Parkinson, Alzheimer ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'augmentation des délais de cicatrisation de différents tissus (fracture, entorse, lésion cutanée ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le déconditionnement à l'effort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La détérioration de tous les systèmes affectant notamment la mémoire, la vision et l'audition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La diminution des capacités sexuelles et de la fertilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Pour finir****31. Seriez-vous intéressé(e) par une formation sur la tabacologie ? \****Plusieurs réponses possibles.*

- Oui en formation e-learning
- Oui lors d'une formation continue en addictologie et/ou en éducation thérapeutique
- Non, ça ne m'intéresse pas
- Non, je n'aurai pas le temps
- Non, car la prise en charge tabagique n'est pas rémunérée pour le moment
- J'y ai déjà assisté

32. **Êtes-vous fumeur ? \***

Selon la définition de l'OMS et de la HAS

*Une seule réponse possible.*

- Je ne souhaite pas répondre
- Non-fumeur
- Ex-fumeur
- Fumeur occasionnel (<1 cigarette par jour)
- Fumeur régulier (≥ 1 cigarette par jour)

**Merci beaucoup !**

Merci d'avoir pris ces quelques minutes pour répondre à cette étude !

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette enquête, n'hésitez pas à envoyer un mail à l'adresse : [tabac.kine@gmail.com](mailto:tabac.kine@gmail.com)

Bonne continuation !

---

Fourni par  
 Google Forms



## ANNEXE III – Tableau des résultats de l'analyse statistique

Dépistage

	Question 11	Question 12	Question 15	Question 16	Question 17	Question 18	Question 13 Item 7	Question 13 Item 3	Question 14 Item 3	Question 19 Item 1	Question 19 Item 9
Question 1	0,031	0,043	<0,001	0,029	0,329	0,893	0,166	0,595	<0,001	0,058	0,002
Question 2	0,287	0,982	0,767	0,889	0,672	0,794	0,507	0,210	0,290	0,773	0,110
Question 3	0,778	0,466	0,542	0,148	0,616	0,630	0,302	0,509	0,490	0,128	0,770
Question 5	0,182	0,053	<0,001	0,034	0,978	0,570	0,652	0,214	0,145	0,009	0,005
Question 8	0,045	0,292	0,659	<0,001	0,012	0,030	0,091	0,532	0,169	0,097	0,004
Question 10	0,276	0,005	<0,001	0,127	0,325	0,961	0,037	0,768	0,572	0,169	0,436
Question 9	0,227	0,009	<0,001	0,632	0,965	0,686	0,495	0,145	0,870	0,152	0,649
Question 11	/	<0,001	0,002	<0,001	0,654	0,050	<0,001	<0,001	<0,001	0,012	0,016
Question 22	/	/	/	/	<0,001	0,033	0,038	0,001	0,037	0,081	0,024
Score de connaissance	0,059	0,283	0,101	0,018	0,006	0,451	0,051	0,670	0,777	0,127	0,05
Question 27 Dépistage	0,001	0,004	0,418	0,004	0,907	0,920	<0,001	<0,001	<0,001	0,769	0,903
Question 27 Prévention	0,001	0,124	0,419	0,076	0,617	0,436	0,053	0,080	0,002	0,034	0,594
Question 27 Prise en charge	0,219	0,049	0,147	0,001	0,457	0,080	0,197	0,395	0,013	0,511	0,028
Question 32	0,069	0,379	0,594	0,786	0,176	0,553	0,687	0,908	0,727	0,827	0,245

## Prise en charge

## Connaissance

	Arrêt ?	PEC	SN	Q26 Manque connaissance	Score de connaissance	Q29 cb ciga	Q 31 désir formation	Q28 Facile à aborder
Année DE	0,222	0,012	0,071	<0,001	0,143	<0,001	<0,001	0,066
DE FR	0,751	0,340	0,857	0,854	0,949	0,216	0,459	0,172
Sexe	0,026	0,445	0,016	0,254	0,428	0,166	0,758	0,420
Expérience année lib	0,348	0,065	0,328	0,005	0,377	0,237	0,005	0,259
Formation tabaco	0,003	<0,001	<0,001	<0,001	0,493	0,136	0,975	0,043
Formation KR	0,143	0,377	0,197	0,927	0,166	0,937	0,339	0,954
Pratique KR	0,065	0,458	0,314	0,007	0,322	0,665	0,947	0,757
Dépistage	<0,001	<0,001	0,055	0,154	0,857	0,949	0,787	0,136
Prise en charge	/	/	/	/	0,277	0,373	0,027	0,835
Connaissance Score	0,032	0,009	<0,001	0,047	/	0,140	0,265	0,048
Intérêt DEP	<0,001	0,288	<0,001	0,465	<0,001	0,067	<0,001	0,743
Intérêt PREV	<0,001	0,082	<0,001	0,860	<0,001	0,044	0,001	0,142
Intérêt PEC	<0,001	<0,001	<0,001	0,030	0,024	0,934	<0,001	0,332
Statut taba	0,216	0,069	0,647	0,261	0,618	0,007	0,816	0,229

## ANNEXE IV – Tableau de représentativité du lieu d'exercice

Région	Total	% Total	Effectif théorique	Effectif questionnaire	% Questionnaire
Auvergne-Rhône-Alpes	9050	12,4%	48	72	18,8%
Grand Est	5875	8,1%	31	46	12,0%
Île-de-France	11615	15,9%	61	45	11,7%
Occitanie	8409	11,5%	44	44	11,5%
Nouvelle-Aquitaine	6297	8,6%	33	34	8,9%
Hauts-de-France	6649	9,1%	35	30	7,8%
Bretagne	3743	5,1%	20	22	5,7%
Pays de la Loire	3468	4,8%	18	22	5,7%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7891	10,8%	42	18	4,7%
Centre-Val de Loire	2007	2,8%	11	13	3,4%
Normandie	2505	3,4%	13	13	3,4%
Bourgogne-Franche-Comté	2582	3,5%	14	12	3,1%
Corse	416	0,6%	2	5	1,3%
DOM TOM	2317	3,2%	12	5	1,3%
Remplacement toute la France	NA	NA	NA	3	0,8%
<b>Total</b>	<b>72824</b>			<b>384</b>	

## RESUME

### ÉTAT DES LIEUX DU DÉPISTAGE, DE LA PRÉVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE TABAGIQUE PAR LES KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX EN FRANCE.

**Introduction / Objectifs :** Le tabagisme affecte tous les grands systèmes de l'organisme ainsi que tous les organes et types de tissus. Quelle que soit la pathologie du patient, sa consommation de tabac est un frein à sa rééducation. Cette étude a pour but de réaliser un état des lieux du dépistage, de la prévention et de la prise en charge tabagique par les kinésithérapeutes libéraux ainsi que d'évaluer leur perception et leurs connaissances de cette addiction.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive réalisée par questionnaires en ligne de novembre 2019 à février 2020 et destinée aux kinésithérapeutes libéraux exerçant en France. La diffusion a été réalisée via le réseau des 45 000 adhérents de la FFMKR.

**Résultats :** 348 questionnaires ont été analysés. 70,0 % dépistaient le tabagisme et 46,1% l'intégraient au bilan initial, avec comme objectifs principaux d'effectuer une prévention tabagique (41,4%) et d'adapter la prise en charge de rééducation (23,7%). L'oubli (20,1%), le manque de connaissances (18,0%) et de moyens (15,8%) étaient les principaux freins. 15,4% connaissaient la définition du conseil minimal alors qu'en réalité 90,0% délivraient ce conseil. La prise en charge tabagique était réalisée par 23,4% des kinésithérapeutes en indiquant les méthodes de sevrage tabagique (27,9%) ou en orientant vers un autre professionnel (14,4%). Au total, seuls 9,6% des kinésithérapeutes avaient déjà prescrit des substituts nicotiques. L'absence de prise en charge était justifiée par un manque de connaissances (37,2%) et de moyens (11,4%). Les kinésithérapeutes considéraient le dépistage (82,8%) et la prévention (90,1%) comme de leur compétence contrairement à la prise en charge tabagique (47,9%). Les kinésithérapeutes formés en tabacologie dépistaient davantage ( $p=0,045$ ), délivraient davantage le conseil minimal ( $p=0,003$ ), proposaient davantage un sevrage tabagique ( $p<0,001$ ) et la prescription de substituts nicotiques ( $p<0,001$ ).

**Discussion/Conclusion :** Les kinésithérapeutes occupent une place essentielle dans la prévention et l'aide au sevrage tabagique. La tabacologie doit être davantage intégrée aux programmes de formation initiale et à la formation continue afin que la profession soit mieux impliquée dans la lutte contre le tabagisme.

**Mots-clés :** dépistage tabagique, kinésithérapie, sevrage tabagique, tabac

---

### STATUS OF SCREENING, PREVENTION AND CARE OF SMOKING PATIENT BY INDEPENDENT PHYSIOTHERAPISTS IN FRANCE.

**Introduction/Goals:** Smoking affects every system in the organism, as well as every organ and all type of tissues. No matter what the pathology of the patient may be, its consumption of tobacco is an obstacle to its recovery. This study aims to present a state of play of detection, prevention and of the care given to smoking patients by physiotherapists, as well as identifying their beliefs and evaluate their knowledge of this addiction.

**Data and methods:** It is a quantitative and descriptive study, with data collected using questionnaires from November 2019 to February 2020 sent to physiotherapists in France. The diffusion of the questionnaires was made through the FFMKR network, which is 45,000 people strong.

**Results:** 348 questionnaires have been analysed. 70.0% detected smoking and 46.1% were integrating it to their initial assessment, with the purpose to operate tobacco prevention (41.4%) and adapt medical care (23.7%). Forgetfulness (20.1%), lack of knowledge (18.0%) and lack of resources (15.8%) were the main obstacles. 15.4% knew the definition from the minimal advice whereas 90.0% were giving this advice. Smoking cessation support was realised by 23.4% of physiotherapists, who indicated the methods of tobacco weaning (27.9%) or recommended another professional (14.4%). Overall, only 9.6% of physiotherapists had already used nicotine substitutes. The absence of care was justified by a lack of knowledge (37.2%) and a lack of resources (11.4%). Physiotherapists considered detection (82.8%) and prevention (90.1%) as being under their scope, but not specific smoking medical care (47.9%). Physiotherapists trained in tobacco issues detected more ( $p=0.045$ ), were giving the minimal advice more often ( $p=0.003$ ) and offered more often tobacco weaning solutions ( $p<0.001$ ) and prescribed nicotine substitutes ( $p<0.001$ ).

**Discussion/Conclusion:** Physiotherapists take a huge role in detection and help to get to tobacco weaning. Tobacco issues should be more broadly integrated to universities degrees and professional trainings so that physiotherapists can be more involved in the fight against tobacco.

**Key words:** smoking detection, physiotherapy, smoking weaning, tobacco