



HAL
open science

Partenariat ville-hôpital pour la prise en charge de l'arrêt du tabac : retour d'expérience de 30 médecins généralistes de l'agglomération bordelaise

Margaux Fournols

► To cite this version:

Margaux Fournols. Partenariat ville-hôpital pour la prise en charge de l'arrêt du tabac : retour d'expérience de 30 médecins généralistes de l'agglomération bordelaise. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01970428

HAL Id: dumas-01970428

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970428>

Submitted on 5 Jan 2019

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année : 2018

Thèse N°123

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par

Margaux FOURNOLS

Née le 21 mars 1989 à Perpignan (66)

Le 2 octobre 2018

Partenariat ville-hôpital
pour la prise en charge de l'arrêt du tabac:

Retour d'expérience de 30 médecins généralistes de
l'agglomération bordelaise.

Thèse dirigée par :

Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Monsieur le Professeur Patrick MERCIE

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Madame le Docteur Dany GUERIN

Président du jury

Juge

Juge et rapporteur

Juge

Remerciements

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Je vous remercie, Monsieur le Professeur Joseph, de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury pour ma thèse. Je me rappellerai de votre bienveillance et l'enrichissement que vous m'avez apporté lors des cours dispensés en CPL à Bordeaux. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Je vous remercie infiniment Nathalie, d'avoir accepté de me diriger dans ce travail de thèse, de m'avoir accompagnée et guidée, toujours avec gentillesse et disponibilité. Merci également de m'avoir fait confiance pour travailler sur votre beau projet. J'ai eu la chance de pouvoir apprendre la tabacologie lors de consultations à vos côtés, votre transmission et votre passion pour ce sujet m'ont beaucoup enrichie. Je vous adresse ma profonde et sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Je vous remercie, Monsieur le Professeur Castera, d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse, et du temps que vous avez accordé à relire mon travail et y apporter de précieux conseils. Je vous adresse ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Patrick MERCIE

Je vous remercie, Monsieur le Professeur Mercié, de l'honneur que vous me faites en ayant accepté de juger ce travail et du temps que vous avez accordé à le lire. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération.

Madame le Docteur Dany GUERIN

Je vous remercie, Madame le Docteur Guérin, de l'honneur que vous me faites en ayant accepté de juger ce travail, et du temps que vous avez accordé à le lire. Je me rappellerai de notre échange très intéressant lors de notre rencontre en entretien il y a quelques mois. Je vous remercie d'avoir participé à cette expérience et de m'avoir très gentiment reçue. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Un remerciement particulier au Docteur Athénaïs Lair, pour son aide précieuse et son expertise sur les tests statistiques réalisés pour cette thèse.

A mes proches :

Maman et Papa, merci pour votre soutien inépuisable durant toutes ces années depuis ma naissance (ça commence à chiffrer!) et votre accompagnement, surtout pendant ces études et ces concours où vous avez toujours trouvé les mots pour me donner confiance. Vous avez toujours su me montrer la voie du travail, de l'humilité et de l'altruisme. Vous m'avez transmis votre passion pour ce beau métier et cet art qu'est la médecine, maintenant à mon tour d'entrer dans l'arène, j'espère avoir une aussi belle carrière que vous. Quelle fierté pour moi de reprendre le cabinet que vous avez construit il y a 34 ans en partant de rien, et ma chère petite Maman, quel honneur et quel bonheur d'être ton associée pendant quelques années, ce passage de flambeau est la plus belle chose dont je pouvais rêver.

A ma grande sœur Laura (alias Pinpin ou Coco Yaya) et mon petit frère d'1m80 Hugo (nom de scène Noisette ou Zouk) : qu'est-ce qu'on pouvait être inventif quand nous étions petits ! Entre chamailleries, jeux et soutien, j'ai été sacrément encadrée en temps que cadette de la famille (un rôle magistralement tenu, il en fallait bien une pour râler de temps en temps) ! Je suis fière de voir ce que vous avez su construire vous aussi (un joli petit Basile à croquer et plein d'autres à venir) et des personnes dont vous avez su vous entourer pour vous accompagner dans votre vie (Julien et Noura).

A mes grands parents, vous êtes un modèle de travail et d'abnégation, je suis très chanceuse de vous avoir eu près de moi toutes ces années et je vous remercie de tout l'amour dont vous nous avez entouré ma sœur, mon frère et moi. Mon Papi Jean, le Résistant de la guerre, je sais que cette « gazette » t'aurait rendu fier, je pense souvent à toi et à toutes tes facéties pour nous faire rire, tu me manques beaucoup. Ma Mamie Marcelle, mon premier prof de cuisine, qu'est-ce qu'on se régalaient avec ta fouace et tes pascades, et ton (sou)rire joyeux... et Mamie Suzon, je repense à toutes ces chevauchées à bord de ta fameuse R5 et aux barres de chocolat Milka qui finissaient à moitié fondues sur ta banquette sans que cela ne t'embête. Je vous remercie pour toute cette tendresse qui a participé à rendre mon enfance très heureuse. Une pensée à mon grand-père Roger que j'ai peu connu.

A ma tante Chantal et mon oncle Marc, les « baroudeurs » de France devenus catalans depuis quelques années maintenant, une pensée pleine d'affection et pour toute votre gentillesse à mon égard.

A ma chère Cathy, ma nounou de toujours, qui m'a vu grandir et m'épanouir. Merci pour tes conseils et ton regard toujours bienveillant, tu comptes beaucoup pour moi.

A Françoise, Raymond et Laura, je vous remercie de m'avoir toujours accueillie chaleureusement au sein de votre famille.

A mon amie Alexia, depuis le lycée, nous ne nous sommes jamais perdues de vue et toujours soutenues dans ces folles études de pharmacie et de médecine. Je suis très impressionnée par ta force et le parcours que tu as su te construire toute seule. J'espère qu'il y aura encore de nombreux petits goûters comme on les aime autour d'un thé et de petits gâteaux, à papoter de tout et n'importe quoi ! A mon amie Allison, même si la distance est là, tu es et resteras toujours dans mon cœur, pour tous ces rires (ou pleurs !) que l'on a partagés, je suis heureuse de te voir t'épanouir dans ton beau métier, en espérant un jour que l'on puisse travailler ensemble (ou qu'on monte finalement notre projet de salon de thé cocooning!)

A mes amis de l'externat : Montpellier, notre terrain de jeu pendant 6 ans, où j'ai vécu parmi mes plus belles années ! Ces études n'auraient pas été aussi géniales sans vous : mon Benchouchou, obligée de commencer par toi car tu es ma première rencontre en P2, premier stage infirmier et là, le coup de foudre amical dès le premier jour, on aura presque tout fait ensemble. Ma chère Océane et nos soirées sushis mémorables (le mot sushi sera à vie associé à ton nom, c'est sous-cortical, donc je ne t'oublierai jamais vu la fréquence à laquelle j'en mange!) je te souhaite une belle vie avec ton Thomas ; Emilie, Antoine et Christophe, à nos soirées de sous-colle déguisées en un dîner presque parfait, vous m'avez rendu la D4 beaucoup moins pénible, je vous adore ! A mon Béber international, toujours enthousiaste et partant pour tout avec ta chère Anais, tu as toute ma tendresse. A mon cher Alex, le marin de la

troupe, à toutes ces psychothérapies faites et à venir, tu es inégalable ! Et les autres : Ben (fety), Léa, Guillaume, Chloé...de superbes rencontres, ainsi que ceux que j'oublie.

A mes amis de l'internat : Caroline ma première co-interne de choc en cardio, nous avons découvert l'internat ensemble, ce fut un super semestre (riche en péripéties...) ! Mes deux colocos adorées Amandine et Clémence, je vous adore, je me souviens de nos soirées à papoter face au champ de maïs de notre maison en campagne, avec nos co-internes d'Oloron : Robin, une de mes plus belles rencontres de l'internat, Philippe, Mathilde et Xan. Je vous souhaite une belle vie. Mes co-internes des urgences Christophe, Alexia et Marie-Capucine, nous nous sommes bien serrés les coudes durant ce stage intensif ! Et les copains rencontrés : Kaly et Joris, je vous souhaite beaucoup de belles choses en Calédonie, Candice et Guillaume (nos minous préférés), Audrey et Benoît (belle vie aux Antilles!), et les autres : Clothilde et Florian, Caro, Elodie...

Aux médecins rencontrés pendant mes études : Alain Boisnier, merci pour votre bienveillance et votre transmission, ainsi que votre accueil avec votre femme Muriel ; à l'équipe d'oncologie du CHU du Pr Ravaud (Fanny, Louis, Amaury, Amandine, Florie), quel stage intense et quelle équipe humaine ; à l'équipe de la MSP de Targon qui m'a très bien accueillie et plus particulièrement aux Drs Sabine Guilhon-Penaud et William Durieux, merci pour vos enseignements et cette vision de la médecine que vous m'avez apportée et que j'essaierai de transmettre aussi bien à mon tour, à Aurore Bonnay et tous ces monito faits, c'était un régal de te suivre dans ton beau métier de sage-femme, toujours avec douceur. A tous ces médecins rencontrés et qui m'ont beaucoup apporté et enrichi pour ma pratique.

A mes copines infirmières et aides-soignantes de mon internat, vous avez su me guider lors de mes premiers pas d'interne, et vous m'avez donné confiance en moi progressivement. Je n'oublierai pas tout ce que m'avez apporté et appris, j'ai adoré ces heures passées à travailler avec vous dans la bonne humeur : ma Julie brune adorée et Julie la blonde, Cécile, Mathilde, Pauline, Nelly, Barbara, Valérie, Patrick, Sonia, Thomas, Aude (équipe de Dax) ; Christelle, Laura, Sébastien (équipe de Libourne) ; Julie, Amandine, Marion, Michèle et Michel, Pauline, Géraldine, Cécile (équipe du CHU). Un merci particulier à Marine, ma chère assistante sociale au top, je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta vie, tu comptes parmi mes belles rencontres !

Enfin, à toi mon amoureux Kevin, je te remercie pour tout : de me rendre heureuse, de savoir me porter et me supporter, me conseiller, m'écouter, me consoler, me faire rire, me faire piquer une crise parfois (il paraît que c'est bon pour la santé, j'en ai une de fer!). Il y aurait tellement de choses à dire depuis ces bancs de la fac où nous nous sommes rencontrés, ces cours de rock auxquels tu t'es plié, tout ce sable rapporté à la maison innocemment de tes expéditions aquatiques et venteuses (je pense qu'on a de quoi refaire la dune du Pyla)... Je suis admirative de ton intelligence et de ton humilité, c'est là toute la particularité des gens extrêmement brillants. Je suis très émue que l'on passe nos thèses en même temps, ça rajoute un souvenir particulier à ce parcours du combattant que l'on aura vécu ensemble jusqu'au bout. Maintenant nous allons partir pour d'autres aventures, à l'autre bout du monde, et je sais qu'il y en aura encore plein d'autres...Je t'aime.

Sommaire

I-Introduction	p.6
II-Contexte	p.7
II.1- Poids de la morbidité liée au tabagisme en médecine générale	p.7
II.2- Rôles du médecin généraliste	p.12
II.2.1- Entre dépistage et prévention	p.12
II.2.2- Conseil minimal	p.13
II.3- Nouveaux axes dans la lutte contre le tabagisme	p.14
II.4.- Coordinations de soins spécialisés et soins premiers existants en France et en Europe	p.16
II.5- Conception d'un partenariat Ville-Hôpital dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac	p.19
II.6- Problématique et question de recherche	p.20
II.7- Objectifs de cette étude	p.21
III- Matériels et méthodes	p.22
III.1- Aspects réglementaires et éthiques	p.22
III.2- Type d'étude	p.22
III.3- Population étudiée et modalités de recrutement	p.23
III.4- Présentation du synoptique de prise en charge conjointe	p.23
III.5- Questionnaire d'entretien	p.25
III.6- Recueil et analyse des données	p.28
III.7- Chronologie de l'étude	p.29
IV- Résultats	p.30
IV.1- Description du parcours	p.30
IV.1.1- Suivi du parcours par les médecins et leurs patients	p.30
IV.1.2- Efficacité du dispositif sur l'abstinence tabagique des patients	p.32
IV.1.3- Utilisation des outils par les médecins	p.35
IV.2- Retour d'expérience des médecins généralistes impliqués	p.36
IV.2.1- Difficultés rencontrées habituellement par les médecins dans l'aide à l'arrêt du tabac de leurs patients	p.37
IV.2.2- Motivations exprimées sur le principe de partenariat	p.39
IV.2.3- Satisfaction sur l'aspect organisationnel de ce dispositif	p.40
IV.2.4- Utilité perçue par les médecins généralistes	p.44
IV.2.5- Souhait de renouveler cette prise en charge conjointe	p.45
IV.2.6- Sentiment de capacité à gérer les arrêts du tabac en autonomie	p.46
IV.2.7- Évolution des pratiques	p.48
IV.2.8- Suggestions des médecins	p.49
IV.3- Perceptions exprimées par les patients sur cette expérience	p.50
V- Discussion	p.53
V.1- Limites de l'étude	p.53
V.2- Forces de l'étude	p.55
V.3- Interprétation des résultats	p.57
V.4- Synthèse des enseignements	p.60
V.5- Perspectives	p.61
VI- Conclusion	p.65
Bibliographie	p.66
Annexes	p.73
Annexe 1 : Courrier et synoptiques de prise en charge conjointe	p.73
Annexe 2 : Support d'évaluation de l'expérience	p.76
Annexe 3 : Dossier support utilisé (INPES-Santé Publique France)	p.78
Annexe 4 : Courrier final destiné aux médecins	p.90
Serment d'Hippocrate	p.92

I- Introduction

La France compte environ 12,2 millions de fumeurs en 2017 (1). Elle en comptait 13,2 millions un an plus tôt, passant ainsi d'une prévalence de 29,4% en 2016 à 26,9% en 2017.

Le tabagisme a un impact majeur en termes de santé publique, au niveau de la mortalité et de la morbidité. Les dernières estimations disponibles sur la mortalité en France datent de l'année 2013 (2) et comptabilisent plus de 73.000 décès imputables au tabagisme (ce qui représente 13% des décès enregistrés en France métropolitaine la même année). Entre 2000 et 2013, le nombre de décès relatifs au tabac a légèrement diminué chez les hommes. En revanche, il a été multiplié par 2 dans la population féminine (de 8.000 en 2000, soit 3,1% des décès chez les femmes, à 17.000 en 2013, soit 6,3% des décès féminins).

Dans un rapport de 2015 publié par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) (3), il est estimé que le tabac coûte chaque année 120 milliards d'euros à la société française. Ce montant prend en compte le nombre de vies perdues chaque année (65 milliards d'euros), le nombre de malades en lien avec ces consommations (31,2 milliards d'euros) et les dépenses engagées par l'État pour les soins et la prévention (25 milliards d'euros). Ce rapport prend également en compte les économies de retraites non versées et les recettes apportées par les taxes (13,3 milliards d'euros).

A l'heure où le tabagisme est devenu un sujet phare de l'actualité, avec de nouvelles politiques de santé autour de la lutte contre le tabac (cf. § II.3), il est intéressant de rechercher de nouveaux moyens pour accompagner les patients à arrêter de fumer, tant la demande d'aide est croissante, et les consultations spécialisées de tabacologie saturées.

Ces mêmes politiques de santé mettent également en avant le rôle central du médecin généraliste, en tant qu'acteur de la prévention en santé et coordonnateur de soins (cf. § II.2).

Ce contexte a fait émerger l'idée d'une nouvelle façon de prendre en charge un patient qui souhaite arrêter de fumer, avec une approche coordonnée entre le tabacologue et le médecin traitant.

Dès la mise en place de ce dispositif, avaient été conçus les supports d'évaluation par les professionnels d'une part et les patients d'autre part (cf. annexes). L'objectif de notre travail est de rendre compte du retour d'expérience des médecins généralistes impliqués dans le dispositif mis en place.

Nous présentons donc dans cette étude le recueil réalisé des perceptions des praticiens (motivation et satisfaction exprimées, utilité perçue), de leurs attitudes (perspectives de renouvellement de leur engagement) et des évolutions exprimées quant à leur pratique. Nous explorerons également leur adhésion au parcours proposé et l'utilisation des outils mis à leur disposition.

II- Contexte

II.1- Poids de la morbidité liée au tabagisme en médecine générale

Il est intéressant de constater que le tabagisme représente un impact conséquent en termes de pathologies dans une journée de consultations dans un cabinet de médecine générale. D'où l'importance et la nécessité pour le médecin généraliste de prendre en charge l'arrêt du tabac auprès de ses patients fumeurs.

Un relevé du statut tabagique des patients a été mené par la doctorante lors de 3 semaines de remplacement dans deux cabinets de médecine générale en septembre 2017. Il est apparu que sur les 191 patients interrogés entre 15 et 75 ans, 31% étaient fumeurs, 25% étaient d'anciens fumeurs et 44% n'ont jamais fumé, ce qui représente globalement la répartition du statut tabagique dans la population générale française. Les pathologies infectieuses, ostéo-articulaires et psychiatriques étaient nettement sur-représentées dans le groupe des patients fumeurs.

Pathologies associées au tabagisme :

Une revue de la littérature a permis d'identifier une liste de pathologies en lien avec le tabac, allant de la plus fréquente et connue à celles pour lesquelles un lien a récemment été établi. Ces pathologies sont tous les jours rencontrées en médecine générale et montrent à quel point l'activité d'un généraliste peut être impactée par le tabagisme.

-Pathologies cancéreuses : L'Institut National du Cancer (INCa) a publié sur son site internet (4) une estimation, pour la France métropolitaine lors de l'année 2013, de la fraction des décès attribuables au tabagisme, selon la localisation cancéreuse, pour la population âgée de 35 ans et plus (cf. Graphique 1). On retrouve ainsi les cancers ORL et broncho-pulmonaires en grande majorité, puis viennent également les cancers gastriques, hépatiques, pancréatiques, du tube digestif et de l'appareil urinaire (vessie et reins). Les leucémies sont également en lien avec une activité tabagique, de façon plus marquée chez les hommes. Enfin, chez les femmes, les cancers gynécologiques sont également impactés : le risque de cancer du col de l'utérus est multiplié par 2,6 chez les fumeuses par rapport aux non-fumeuses/non exposées, et par 2,1 chez les femmes exposées au tabagisme passif (5). Le cancer ovarien de type mucineux est également plus élevé chez les fumeuses (6).

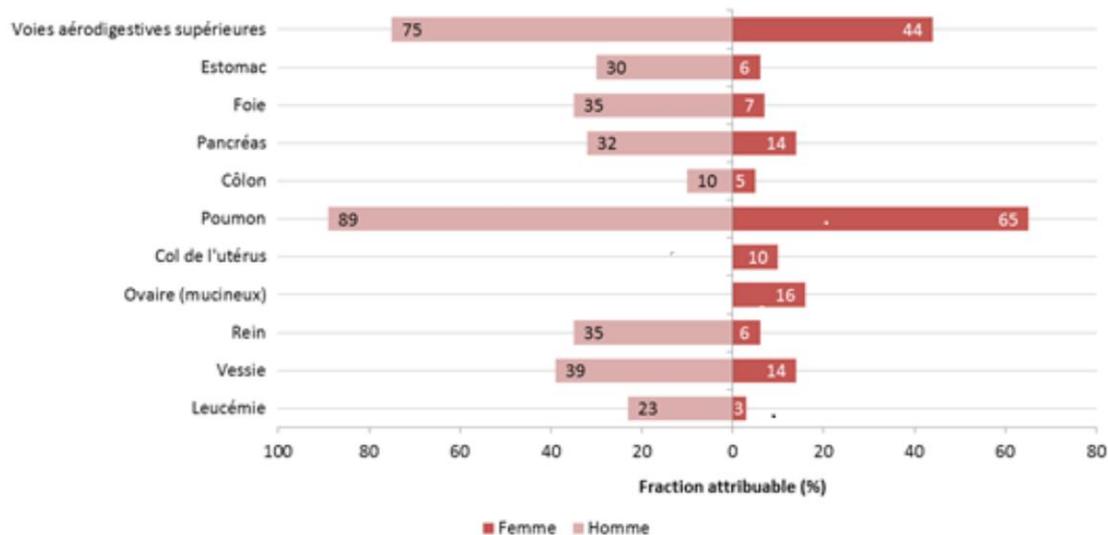


Figure 1: Fractions des décès imputables au tabagisme selon la localisation cancéreuse, en France métropolitaine (année 2013) chez les 35 ans et plus (source INCa).

Le tabagisme actif engendre également un risque de récurrence biologique plus important chez les patients ayant été diagnostiqués d'un **cancer de la prostate**, le sevrage tabagique ne modifie les risques de récurrence biologique que s'il est intervenu plus de 10 ans auparavant et rejoint alors le risque observé chez les non-fumeurs (7) (survie sans récurrence à 90% chez les non-fumeurs et à 83% chez les fumeurs actifs).

Enfin, il a également été démontré que le **tabagisme passif** augmentait le risque de **cancer du poumon** (méta-analyse américaine de 2007, risque augmenté de 27% chez les femmes non-fumeuses exposées au tabagisme de leur conjoint, comparé aux non-fumeuses non exposées) (8).

-Pathologies cardio-vasculaires : L'étude internationale multicentrique Interheart (9) confirme que le tabagisme est le deuxième facteur de risque d'**infarctus du myocarde** après les dyslipidémies. Le tabagisme chronique est, avec le diabète, le facteur de risque majeur d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (**AOMI**) : 90% des malades sont fumeurs et la thromboangéite oblitérante ou maladie de Buerger, qui concerne essentiellement les hommes jeunes, survient uniquement chez des fumeurs (10). L'étude Interstroke publiée en 2010 (11) a évalué à 19 % la part attribuable au tabagisme chronique dans la survenue d'un accident vasculaire cérébral (**AVC**). Le tabagisme multiplie par 2 le risque d'AVC ischémiques (85 % des AVC aigus) et hémorragiques (hémorragie cérébrale ou méningée), et ce risque augmente avec le nombre de cigarettes fumées par jour. Les **anévrismes de l'aorte abdominale** (AAA) sont majoritairement observés chez les hommes âgés de plus de 65 ans (le ratio est d'environ 13 hommes pour 1 femme). Le tabagisme est un facteur de risque de survenue et d'expansion anévrysmale, indépendant de l'âge (10). Enfin, le tabagisme chronique est un puissant facteur d'**hypertension artérielle** (HTA), agissant à la fois par un blocage chronique de la sensibilité du baroréflexe cardiaque (activation sympathique permanente ; activation des systèmes endocriniens ; élévation des résistances vasculaires périphériques) et

par un effet toxique sur le vieillissement artériel (excès de rigidité artérielle) (12). Il diminuerait l'efficacité de la plupart des familles d'anti-hypertenseurs et accentuerait la non-observance.

-Pathologies respiratoires : Bien évidemment connu, le lien entre tabagisme chronique et la **Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive** (BPCO) n'est plus à prouver : 85% des BPCO surviennent chez des fumeurs ou d'anciens fumeurs pour des consommations > 20 paquets/années chez l'homme et > 15 paquets/années chez la femme. Il a été estimé que 15% des fumeurs auront une BPCO et que chez les personnes ayant une BPCO, le risque d'avoir un cancer broncho-pulmonaire était multiplié par 2 (13). Le tabagisme (actif et passif) aggrave un **asthme** préexistant. En outre, l'exposition au tabagisme passif in utero et dans l'enfance est un facteur de risque d'apparition d'un asthme. On sait en plus aujourd'hui que le tabagisme actif est un facteur de risque d'apparition de l'asthme chez l'adulte (14,15). Il joue aussi un rôle dans le **syndrome d'apnées du sommeil** (16), avec 2,5 fois plus de risque d'être développé par rapport aux non-fumeurs.

-Pathologies ORL : Les fumeurs sont 2 à 7 fois plus exposés que les non-fumeurs à développer des **maladies parodontales**. Le tabagisme chronique, par ses effets sur l'équilibre biologique du milieu buccal (hyper ou hyposialie, déséquilibre de la flore bactérienne, diminution de la vascularisation de la gencive) est un facteur de risque de la maladie parodontale, aussi bien dans son apparition que dans sa progression et sa non-réponse au traitement. Il ralentit la guérison des plaies consécutives au détartrage, au curetage parodontal, à une chirurgie du parodonte ou aux extractions dentaires. Les substances chimiques présentes dans la fumée du tabac sont responsables de la **mélanose** du fumeur, liée à une production excessive de mélanine au niveau de la muqueuse buccale (17). Le tabac joue également un rôle dans la **rhinite chronique** (18) et favorise les **angines** à répétition (19).

-Pathologies endocriniennes : Le tabac majore le risque de **diabète de type 2** (20) de 45% chez les hommes fumant plus de 40 cigarettes/jour et de 74% chez les femmes (+19% chez les hommes fumant entre 20 et 40 cigarettes/jour et 21% chez les femmes). Plusieurs biomécanismes sont avancés : altération de la sensibilité à l'insuline, stress oxydatif (21). De plus, le risque de mortalité (toute cause confondue) est augmenté de près de 80% chez les fumeurs qui souffrent de diabète, comparés aux non-fumeurs diabétiques, par multiplication des facteurs de risque cardio-vasculaires (22). Le tabac engendre également un risque d'**obésité** (23) : si globalement les fumeurs ont tendance à être plus légers que les non-fumeurs, les «gros» fumeurs (plus de 25 cigarettes par jour) ont un poids plus élevé car ils seraient plus sédentaires, mangeraient moins sainement et consommeraient plus d'alcool que les non-fumeurs. Enfin, le tabac influencerait la sécrétion hormonale thyroïdienne (24) avec des taux de TSH plus bas chez les fumeurs, sans antécédent thyroïdien. Chez les fumeurs ayant une hypothyroïdie connue, les symptômes cliniques d'**hypothyroïdie** sont plus prononcés (25). Le tabac est également un facteur de risque de **maladie de Basedow** et d'ophtalmopathie basedowienne (26).

-Pathologies psychiatriques : Selon plusieurs études, il y aurait une plus grande occurrence de **dépression** chez les fumeurs, mais surtout il y aurait nettement plus de fumeurs souffrant de **troubles de l'anxiété**, la dépression étant elle-même en lien avec ces troubles (27, 28). Le tabac joue également un rôle dans le maintien des **co-addictions** (29), notamment à l'alcool qui est la première addiction fréquemment associée au tabagisme. De même, la consommation couplée de tabac et de cannabis est de plus en plus fréquente. Cette association entraîne une potentialisation des effets psycho-actifs avec comme conséquence une forte dépendance et un sevrage tabagique plus difficile. D'autre part, la consommation de tabac facilite le passage à la consommation de cannabis, et vice-versa (30).

-Pathologies gynéco-obstétricales : Chez la femme, le tabagisme chronique **altère la fertilité** (risque d'infertilité multiplié par 2) et allonge le délai de conception, avec un effet réversible à l'arrêt du tabac (31) (il est à noter que chez l'homme le tabagisme baisse également la fertilité en altérant la qualité globale du sperme). Cela réduit aussi les chances de réussite de la **procréation médicalement assistée** (32) avec une diminution du taux de grossesse, une augmentation du risque de fausse couche au premier trimestre et un risque augmenté de grossesse extra-utérine. De même, l'exposition au tabac **pendant la grossesse** entraîne un risque majoré de grossesse extra-utérine, de mort fœtale in utero, de prématurité et de retard de croissance intra-utérin. Cela majore aussi le risque d'anomalie placentaire (placenta praevia, hématome rétro-placentaire) (33). L'exposition prénatale au tabac majore le risque de mort subite du nourrisson, de pathologies respiratoires du nourrisson (pneumopathie, asthme), majore le risque de dépendance à la nicotine à l'adolescence et altère la fécondité des enfants exposés in utero au tabagisme maternel. Enfin, l'association **tabac – contraception œstro-progestative** est fortement déconseillée, surtout chez la femme de plus de 35 ans avec un sur-risque cardio-vasculaire (AVC, infarctus du myocarde, accident thrombo-embolique veineux) (34, 35). Concernant l'association migraines + contraception œstro-progestative + tabagisme, elle est particulièrement « détonante » puisque le risque relatif d'AVC est d'environ 10 en cas de migraines sans aura et atteint 34 en cas de migraines avec aura (36), ce qui constitue dans ce dernier cas une contre-indication absolue à ce mode de contraception.

-Pathologies ostéo-articulaires : Le tabagisme aurait une incidence négative sur l'**arthrose** selon une méta-analyse (37). Une association était aussi retrouvée entre tabagisme passif et arthrose du genou. D'autre part, le tabac est un facteur de risque indépendant de diminution de la densité minérale osseuse (DMO) chez les hommes et les femmes en post-ménopause (en partie par son effet anti-oestrogénique) et donc d'**ostéoporose**, avec un risque fracturaire majoré (38). Il favorise également la **discopathie** dégénérative (retrouvée dans la lombalgie).

-Pathologies infectieuses : Le tabagisme augmente le risque cardio-vasculaire chez les patients traités pour le **VIH** par interaction avec les anti-protéases (39). D'autre part, l'exposition à la fumée de tabac est un facteur de risque majeur de survenue d'**infection bactérienne** (pneumonie, légionellose, tuberculose, otites à répétition) par augmentation de l'adhésion bactérienne et modification de la réponse immunitaire (40).

-Complications péri-opératoires : Le tabac augmente les **complications chirurgicales péri-opératoires** : retard de cicatrisation, lâchage de suture ou d'anastomose, retard de consolidation osseuse, risque d'infection des plaies majoré, nécrose de lambeau de peau, complications du site opératoire (hématome, collection, infection) avec un temps d'hospitalisation qui s'allonge (41). Alors qu'un **sevrage tabagique 6 à 8 semaines** avant l'intervention permettrait de faire disparaître le risque de complications opératoires liées au tabac (42). De même, on constate une association significative entre le tabagisme et l'échec de la chirurgie orale dans la pose d'implants dentaires (43).

Pathologies auto-immunes : Le tabac a un effet délétère reconnu sur l'évolution de la **maladie de Crohn** et son traitement (44). Certaines études retrouvent également une association positive entre tabagisme et **polyarthrite rhumatoïde** (45). De même, le tabac serait responsable d'une apparition plus précoce de la **spondylarthrite ankylosante** et du **rhumatisme psoriasique** (46) ainsi que de leurs aggravations. Le tabagisme serait aussi capable d'accélérer la progression clinique de la **sclérose en plaques**, en favorisant la transformation des formes rémittentes en formes secondairement progressives (47).

-Tabagisme chez le sportif : Au-delà de l'atteinte ostéo-articulaire secondaire au tabagisme, le club des cardiologues du sport (48) recommande de ne pas fumer dans les 2 heures qui précèdent et qui suivent une pratique physique au risque d'augmenter la survenue d'événements cardio-vasculaires graves tels que le décollement d'une **plaque d'athérome** ou un **trouble du rythme ventriculaire** pouvant entraîner une mort subite : la carboxyhémoglobine (HbCO) favorise le dépôt de mauvais cholestérol au sein de plaque d'athérome déjà constituée ce qui la fragilise et favorise alors son décollement, d'autres constituants du tabac favorisent un processus inflammatoire endothélial avec libération de radicaux libres pouvant accélérer une rupture de plaque d'athérome. La nicotine exerce également des effets périphériques cardiovasculaires via la libération de catécholamines mais aussi via ses récepteurs propres, disséminés un peu partout au niveau du cœur et des vaisseaux, ce qui a pour conséquence une diminution du seuil de fibrillation ventriculaire et une **vasoconstriction paradoxale des artères coronaires** (49).

L'impact du tabagisme apparaît donc comme conséquent dans une journée de consultation en médecine générale, en termes de morbidité. La prise en charge du tabagisme par le médecin généraliste semble plus que nécessaire afin d'améliorer la santé de ses patients, et permettre un gain de temps de consultation du fait de la diminution de la morbidité que cela engendre.

II.2- Rôles du médecin généraliste

II.2.1- Entre dépistage et prévention

Selon les préconisations de l'OMS en 2005 (50), le médecin généraliste doit dépister la consommation de tabac, conseiller l'arrêt à tous les usagers, évaluer l'intention du patient d'arrêter le tabac, aider au sevrage et mettre en place un suivi. Le médecin généraliste joue un rôle primordial en termes de prévention.

Selon les recommandations de 2014 publiées par l'HAS (51) : « le médecin généraliste a une fonction spécifique, il est dans une position privilégiée, et possède des outils propres à sa fonction. Il est donc en mesure de développer un accompagnement efficace ».

En effet, le médecin généraliste possède des atouts importants dans la lutte contre le tabac. C'est d'abord le médecin qui est consulté le plus facilement par le patient de par son accessibilité. Le médecin généraliste connaît le patient dans une approche globale : médico-psycho-sociale. La plupart du temps, le patient développe une confiance envers son médecin traitant qui peut alors devenir un partenaire essentiel dans l'arrêt du tabac. Pour l'HAS (51), il est recommandé que les médecins généralistes soient formés au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac.

En 2014, le Ministère de la Santé proposait un Programme national de réduction du tabagisme (52) avec un axe concernant le médecin généraliste et son rôle de prévention :

« Le rôle de prévention des médecins traitants dans la sensibilisation du patient aux risques du tabac et son accompagnement vers le sevrage tabagique est essentiel. Plus de la moitié des fumeurs réguliers déclarent aussi avoir envie d'arrêter de fumer. Il est donc nécessaire de sensibiliser et mobiliser les professionnels de santé au repérage et à la prise en charge du tabagisme, et de leur fournir des outils pour améliorer leurs interventions. Comment cette mesure sera-t-elle mise en œuvre ? La réduction du tabagisme fera désormais partie des «objectifs de santé publique» définissant la partie forfaitaire de la rémunération des médecins traitants. »

La Loi Santé du 26 janvier 2016 (53) s'articule sur 3 axes : le renforcement de la prévention, la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste et le développement des droits des patients. Elle a apporté une précision quant aux missions du médecin généraliste de premier recours, décrites dans l'article L-4130-1 du Code de la Santé Publique (54) :

« Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes : contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. »

Dans un rapport intitulé « **La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé** » à la demande du Ministère de la Santé par le Professeur Pierre-Louis

Druais (55), il est précisé le rôle majeur des soins premiers dispensés par le médecin généraliste, qui est également responsable de la coordination de soins :

« L'enjeu de la Loi Santé de 2016 est de donner les bases du système de santé du 21^{ème} siècle en assumant la révolution des soins primaires et le virage ambulatoire. Les soins primaires en santé permettent une meilleure santé de la population, des taux inférieurs d'hospitalisations inutiles et une moindre inégalité socio-économique en matière de santé. »

II.2.2- Le conseil minimal

Le conseil minimal est un terme spécifique décrivant une attitude standard, réactualisé en 2014 par les recommandations HAS (51) :

-« Fumez-vous ? » :

-« Non » : il convient alors de féliciter le patient de son choix

-« Oui » : poser la deuxième question

-« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »

Quelle que soit la réponse :

-« Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler ? »

- « Non » : « sachez que je suis disponible pour en parler quand vous le désirerez »

- « Oui » : **proposer une consultation dédiée.**

Le conseil minimal s'adresse à tous les patients qui ne sont pas venus consulter pour cela : fumeurs heureux de l'être, pas encore prêts à arrêter ou encore qui ne demandent pas d'aide à l'arrêt.

En 2003, l'AFSSAPS (56) explique que : « Environ 40% des fumeurs n'envisagent pas d'arrêter. Dans ce cas, le professionnel de santé doit fournir le conseil minimal. Ce simple conseil minimal au cours d'une consultation de routine augmente de façon significative le nombre de fumeurs qui s'arrêtent pour une durée d'au moins 6 mois. »

Ce conseil minimal ne prend environ qu'une minute lors d'une consultation. Il ne demande aucune formation particulière de la part du professionnel de santé. Il est donc très facile à mettre en place. Cependant, **le médecin généraliste doit ensuite être prêt à s'engager dans une aide à l'arrêt du tabac**, et doit être capable de proposer un suivi adapté, spécifique, en s'appuyant éventuellement sur des moyens médicamenteux (gommes, patches, sprays, inhalateurs, varénicline, bupropion) ou non-médicamenteux (entretien motivationnel, hypnose, acupuncture...). D'autant plus que de nouvelles réglementations ont vu le jour depuis 2016.

II.3- Nouveaux axes de la lutte contre le tabagisme

Ces trois dernières années ont vu se multiplier de nouvelles mesures gouvernementales dans la lutte contre le tabagisme.

Instauration du paquet neutre : Depuis le 1er janvier 2017, afin de rendre les produits du tabac moins attractifs, notamment chez les jeunes, il a été décidé de rendre obligatoire l'instauration du paquet neutre en France, sans marque, avec des avertissements sanitaires agrandis sur tous les paquets de cigarette et de tabac à rouler (article L. 3512-20 du code de la santé publique) (57). Le paquet neutre renforce l'efficacité des avertissements sanitaires, évite la désinformation des consommateurs et réduit l'attractivité du paquet et de l'image de la marque. L'effectivité de cette mesure constitue donc une étape marquante dans la débanalisation d'un produit mortel.

Interdiction des arômes ajoutés : Afin de mettre fin aux perceptions trompeuses du tabac et toujours dans l'objectif de rendre moins attractifs les produits du tabac, il a été interdit depuis le 1er janvier 2017 (pour les cigarettes et tabac à rouler, et depuis le 20 mai 2017 pour les cigares) l'ajout d'arômes ou de capsules aromatiques (57). Cela était considéré comme un facteur de facilitation de l'initiation à la consommation de tabac par les jeunes.

Augmentation du prix du tabac : Depuis quelques années, la fiscalité sur le tabac à rouler, inférieure à celle des cigarettes, avait conduit à des reports de consommation des cigarettes vers le tabac à rouler. Afin de limiter ces reports et de restreindre l'accessibilité des produits du tabac, la fiscalité du tabac à rouler a été augmentée de 15% dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

D'autre part, le gouvernement a décidé d'augmenter de manière inédite la fiscalité du tabac, afin de faire parvenir le prix du paquet de cigarettes de référence à 10 euros d'ici 2020. Ainsi, après l'annonce faite par le Premier ministre en juillet 2017, Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé et Gerald Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics, ont précisé en septembre 2017 le calendrier de mise en place de la hausse de la fiscalité (58).

Extension des lieux où il est interdit de fumer : Les lieux de santé, et particulièrement les hôpitaux, se doivent d'être exemplaires en matière de prévention et promotion de la santé, notamment en ce qui concerne le tabac. Il a donc été lancée la démarche « Hôpital sans tabac » (57) afin de promouvoir l'arrêt du tabac au sein du personnel hospitalier, et de les former aux conseils et mesures d'accompagnement à l'arrêt pour les patients. Cette démarche tend à devenir « Lieux de santé sans tabac ».

En mars 2017, le ministère de la santé a également lancé la charte « Ma terrasse sans tabac » auprès des restaurateurs, basée sur le volontariat. À travers cette charte, les cafetiers et restaurateurs signataires s'engagent à créer un environnement non-fumeur sur leur(s) terrasse(s) et à sensibiliser leurs salariés sur les enjeux de la lutte contre le tabagisme. En contrepartie, ces établissements sont référencés gratuitement sur le site materrassessanstabac.com (57).

Nouvelles mesures de remboursement des traitements substitutifs nicotiniques (TSN) :

Depuis novembre 2016, le dispositif de prise en charge à travers le forfait d'aide au sevrage permet de rembourser à hauteur de 150 euros par an, pour tous les assurés, les prescriptions de TSN (gommes, pastilles, patchs, inhaleurs, sprays) (59). Ce remboursement n'est possible que si les TSN sont prescrits sur une ordonnance à part ; le patient devant faire l'avance des frais au pharmacien, il se fait rembourser rétroactivement. En 2017, aucun des TSN n'est encore remboursable par l'assurance maladie, si bien que leur prix est libre et peut varier de une à presque trois fois selon le lieu d'achat (57).

Comme annoncé dans le plan « Priorité prévention » (mesure 14) présenté le 26 mars 2018 (60), deux traitements de substitution nicotiniques sont désormais remboursables à 65 % par l'Assurance Maladie : une gamme de gommes depuis le 22 mars 2018 et une gamme de patchs depuis le 16 mai 2018 (61). Cette prise en charge permet notamment de supprimer l'avance de frais chez le pharmacien pratiquant le tiers payant, et d'avoir le même tarif pour ces produits sur tout le territoire. Elle sera progressivement étendue à d'autres marques de TSN. A titre transitoire, le forfait d'aide au sevrage tabagique de 150 €, pour les autres substituts figurant sur la liste des TSN pris en charge, sera maintenu jusqu'à la fin de l'année 2018 (62). Cette prescription est désormais étendue, au-delà des médecins depuis novembre 2017, aux chirurgiens-dentistes, médecins du travail, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers (52, 61).

Remboursement de la varénicline (Champix®) : Un avis de la Commission de transparence du 9 novembre 2016 (63) a appuyé l'intérêt de l'emploi de la varénicline comme médicament de seconde intention dans la stratégie de prise en charge du sevrage tabagique (après échec des TSN) chez les sujets fortement dépendants (score de Fagerström égal à 7 ou plus). Depuis avril 2017, un arrêté national (64) a inscrit la varénicline sur la liste des médicaments pris en charge par l'assurance maladie, s'il est prescrit en seconde intention après échec des substituts nicotiniques.

La dynamique Mois Sans Tabac : #MoisSansTabac, la première opération de marketing social, lancée en novembre 2016 et renouvelée en novembre 2017 par le Ministère des Solidarités et de la Santé et Santé publique France, en partenariat avec l'Assurance Maladie, a connu un large succès. Elle a mobilisé de très nombreux acteurs et a pu s'appuyer sur l'engagement des professionnels de santé. Un dispositif qui a fait ses preuves : près de 340.000 inscrits en 2 ans (65).

La campagne Mois sans tabac (MST) 2016 a recensé 380.000 tentatives d'arrêt d'au moins 24h liées au MST et 80.000 abstinents à J30 (soit 21% des tentatives d'arrêt). Cela suggère que l'opération est bénéfique à moyen terme. 67,1% des fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt pendant le MST déclarent avoir utilisé une aide : les principales aides utilisées étaient la cigarette électronique (26,9%) et les substituts nicotiniques (18,3%). Environ un fumeur sur dix ayant fait une tentative d'arrêt a eu recours à un médecin ou un autre professionnel de santé (10,4%) ou a consulté le site Tabac info service (9,1%) (66).

La campagne 2017 a été jugée incitative pour réfléchir à sa consommation de tabac par 52% des fumeurs, et incitative pour arrêter de fumer par 36% d'entre eux, ces proportions étant

stables par rapport à l'édition de 2016 et parmi les plus élevées des campagnes tabac réalisées depuis 2004. Durant le mois de novembre 2017, plus de la moitié (53%) de l'échantillon a déclaré se souvenir avoir vu, lu ou entendu une campagne à propos du tabac et 36% ont effectivement restitué spontanément des éléments propres au dispositif Mois sans tabac. La notoriété du dispositif est très élevée puisque 80% de l'échantillon a déclaré avoir entendu parler de Mois sans tabac ou avoir vu son logo (67).

II-4- Coordinations entre soins spécialisés et soins premiers existants en France et en Europe

Lors des recherches initiales sur ce travail de thèse, il n'a pas été retrouvé de partenariat de ce type en France, en ce qui concerne la prise en charge du sevrage tabagique, incluant le médecin généraliste.

On retrouve en France certains organismes qui proposent un accompagnement à l'arrêt du tabac mais sans inclure complètement le médecin traitant dans le suivi :

-le réseau RENAPSUD en Gironde (68) : rattaché au Service Addictologie du CHU Charles Perrens, en janvier 2013, le dispositif Renapsud propose des missions qui visent à (re)positionner le patient dans une démarche et une trajectoire de soins adaptées à sa pathologie addictive. Par une approche globale médico-psycho-sociale, ceci permet l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS). Un travail de coordination est effectué à partir de la prise en compte de la demande émanant d'un professionnel ou du patient lui-même, en favorisant l'accès à une prise en charge globale et spécialisée. Le patient est orienté vers des professionnels libéraux (addictologues, psychiatres) et des structures spécialisées. Un compte-rendu est ensuite envoyé au médecin traitant référent, sans l'inclure dans le suivi spécialisé.

-les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) (68) : ils assurent la prise en charge pluridisciplinaire de patients souffrant de conduites addictives avec et sans substance, plus ou moins graves ou complexes. Émargeant sur un budget médico-social, les actions sont encadrées par les directives du plan interministériel de lutte contre les toxicomanies et la loi 2002/2 rénovant l'action sociale. Ces actions se déclinent en trois grandes catégories : le soin, l'accompagnement/la prise en charge et la prévention. Cela se traduit par l'accueil des usagers avec/sans substances, le repérage et le diagnostic des modalités d'usage et des problèmes associés, la prescription et le suivi des médicaments de substitution, une prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Cette prise en charge addictologique est spécifique et ne se fait pas en lien avec le médecin traitant.

-le RHAFu (Réseau Havrais d'Aide aux Fumeurs) : ce réseau a proposé entre 2011 et 2013 une convention de partenariat pour la mise en place d'entretiens de sensibilisation à l'arrêt du

tabac (69). A l'interface entre le médecin traitant et les structures spécialisées, ces entretiens visaient à répondre à un besoin de proximité hors d'une structure hospitalière, pour désengorger les structures existantes au sein de l'hôpital, et aider le médecin généraliste à répondre aux besoins, sur des problématiques demandant du temps, de l'écoute et un accompagnement des personnes dans leur démarche d'arrêt, ce qui n'est pas toujours possible en cabinet. Les entretiens de sensibilisation étaient animés par le RHAFU qui mettait à disposition un professionnel de santé tabacologue, mais non médecin, le médecin traitant restant le seul référent médical du fumeur consultant. En accord avec le consultant, le tabacologue informait le médecin traitant de sa démarche. Si un accompagnement était entrepris, il se faisait en lien avec le médecin traitant. Malheureusement ce réseau a fermé en mars 2015, faute d'activité.

-en Bourgogne, l'association Tab'agir (70) : née en 1999, elle propose à tout patient d'accéder à un accompagnement à l'arrêt du tabac auprès d'un généraliste formé et, selon ses besoins, auprès d'un diététicien et d'un psychologue formé aux techniques comportementales et cognitives. Le patient souhaitant arrêter de fumer est orienté vers un médecin généraliste formé et adhérent à l'association, le plus proche de chez lui. Il a alors accès à 5 consultations (J0, J8, J30, J60 et J90 ou J120). Les 3 premières consultations, nécessitant de prendre du temps (45 minutes à 1 heure), sont indemnisées par l'association directement pour le médecin. Un courrier est envoyé au médecin traitant référent pour l'informer de sa prise en charge au sein du réseau Tab'agir.

En Belgique, et plus particulièrement en région Wallonne (71), le FARES (Fonds des Affections Respiratoires) a initié la création de structures spécialisées, les CAF (Centres d'Aide aux Fumeurs) qui proposent une prise en charge globale et un accompagnement multidisciplinaire (médecin, psychologue, diététicien, kinésithérapeute, tabacologue...). Un rapport est systématiquement envoyé au médecin traitant du patient afin de le tenir informé du suivi proposé. D'autre part, le FARES propose chaque année une formation continue en tabacologie (49 heures réparties sur 7 samedis d'octobre à avril), ce qui a contribué à développer l'accès aux consultations spécialisées. De plus, il est à souligner que depuis octobre 2009, en Belgique, le remboursement partiel des traitements d'arrêt du tabac pour tous favorise une mobilisation encore plus grande des professionnels de santé et un travail de complémentarité renforcé entre généralistes et spécialistes en matière d'aide à l'arrêt du tabac.

Le projet PESCE : un état des lieux clairvoyant :

Un projet européen, le projet PESCE (72), a été mené de 2006 à 2008 sous l'impulsion de l'association Tabac & Liberté (73) (importante association en Europe de médecins généralistes engagés dans la lutte contre le tabagisme). Ce programme européen réunissait 31 partenaires de 27 pays différents. Le projet PESCE était basé sur le constat que les médecins généralistes n'aident pas leurs patients fumeurs autant qu'ils le devraient. Or, il est établi depuis longtemps que l'intervention du médecin généraliste est un moyen efficace d'aider les fumeurs à arrêter. Ce projet avait pour objectifs de promouvoir l'intervention des médecins généralistes dans l'arrêt du tabac en Europe en prenant en compte l'environnement socio-

économique de leurs conditions d'exercice, de souligner les bénéfices économiques de ces interventions sur les budgets de santé en Europe, et d'inciter les décideurs politiques et économiques à modifier l'environnement professionnel des généralistes.

Le modèle n'ayant pu s'appliquer qu'à 10 pays européens dont la France, il montre dans tous les cas que d'importants bénéfices économiques et pour la santé ont pu être enregistrés quand les médecins généralistes s'impliquaient dans le sevrage tabagique. Ce bénéfice serait accru avec l'aide des politiques sanitaires.

Cette étude conclut que si seulement 10 pays européens peuvent atteindre une réduction de 3% du nombre de leurs fumeurs, on pourrait éviter d'ici 2030 plus de 4000 décès par an (d'une maladie cardio-vasculaire, d'une BPCO, d'un cancer pulmonaire ou d'un AVC) et ainsi faire une économie de près de 160 millions d'euros pour les systèmes de santé en Europe.

Les recherches du projet PESCE ont permis d'identifier plusieurs facteurs facilitant ou freinant l'intervention des généralistes dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac. Ces éléments sont :

- **La position personnelle du médecin vis-à-vis du tabac:** En règle générale, les généralistes qui fument donnent moins de conseils dans ce domaine que leurs confrères non-fumeurs.
- **Intérêts et attitudes des médecins vis à vis du sevrage tabagique :** Certains généralistes pensent encore que cela ne fait pas partie de leur travail, certains sont mal à l'aise à l'idée de donner des conseils face au tabagisme de leurs patients, certains trouvent cela peu gratifiant et inefficace.
- **La relation médecin-patient :** Certains médecins craignent que les questions sur le tabagisme ne nuisent à la relation médecin-patient et soient associées à une baisse des consultations.
- **Facteurs liés aux patients :** Les généralistes donneront plus facilement des conseils si les symptômes présentés sont liés au tabagisme. Ils sont plus enclins à intervenir auprès des gros fumeurs.
- **Facteurs structurels :** Point important où les généralistes pensent que l'abord du tabagisme prend trop de temps. D'autre part, le manque de formation est souvent avancé et va de pair avec une faible activité des consultations pour ce motif. Le rapport PESCE fait aussi état que plusieurs études montrent que l'absence de remboursement est considérée comme un frein aux interventions auprès des patients fumeurs.
- **Connaissance/perception des méthodes et traitement de sevrage :** Les généralistes manquent souvent d'information sur les techniques de conseils et les traitements. C'est la connaissance et la perception de l'efficacité des différents traitements qui les incitent à les utiliser.

L'étude s'est aussi intéressée aux interventions mises en œuvre pour améliorer l'engagement des généralistes dans l'arrêt du tabac. Il en ressort essentiellement 3 qui se sont avérées efficaces :

- **Formation et sensibilisation** : Un stage de formation augmente de manière significative la fréquence et la qualité du conseil du médecin et améliore les résultats.
- **Interventions financières** : Proposer un « paiement spécifique de qualité » au médecin s'il enregistre le statut tabagique des patients et s'il propose des conseils d'arrêt renforce sa motivation. Rendre gratuit les traitements nicotiques substitutifs pour les patients à faibles revenus a augmenté la fréquence des prescriptions médicales. Proposer de simples primes incitatives au sevrage s'est révélé inefficace.
- **Gestion des informations** : Bien qu'elles ne soient pas liées à l'engagement des généralistes dans le sevrage, une collecte systématique des informations autour du tabac s'est révélée être une condition préalable ou un élément déclencheur de l'engagement vers l'abstinence tabagique.

II.5- Conception d'un partenariat ville-hôpital dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac

L'idée d'une prise en charge conjointe d'aide au sevrage tabagique, entre un médecin généraliste de ville et un tabacologue en structure hospitalière, a été élaborée en juillet 2017 à l'hôpital du Bouscat (Gironde), par le Docteur Nathalie Lajzerowicz, tabacologue. En effet, il paraissait difficile de répondre à la **demande croissante de consultations d'aide à l'arrêt du tabac**, et d'assurer également les consultations de suivi. Le délai de rendez-vous pour une première consultation était estimé alors entre 3 et 4 mois, ce qui peut décourager un patient qui prend la décision d'arrêter de fumer. Ce délai s'est encore accru, il est actuellement, mi-2018, de 6 à 7 mois.

Il apparaissait également important d'impliquer davantage le médecin traitant dans cette prise en charge, pour plusieurs motifs : d'abord il a une **grande connaissance de son patient**, de ses pathologies, de son environnement socio-familial, mais aussi de ses réactions comportementales et émotionnelles face aux événements ; le médecin généraliste **prend en charge globalement** son patient, sur ses 3 composantes médico-psycho-sociales. D'autre part, le patient rapporte une grande confiance en son médecin traitant, qu'il choisit en toute liberté, et qui centralise également tout son dossier médical. La pathologie addictive, loin d'être un simple comportement, est surtout une véritable maladie chronique à part entière, telle que l'asthme ou le diabète, et fait donc partie des prérogatives professionnelles du médecin de premier recours.

Enfin, comme nous l'avons vu dans le chapitre II-1, le tabac est impliqué dans la grande majorité des pathologies rencontrées quotidiennement au cabinet de médecine générale.

Ce partenariat avait aussi une **volonté pédagogique** car le **manque de formation** dans le domaine de l'aide à l'arrêt du tabac est souvent exprimé par les médecins généralistes (Thèse E. Ravily, (74)). L'enseignement de tabacologie ne représente que 2 heures de cours magistral dans le deuxième cycle des études universitaires, et est abordé dans le troisième cycle, durant le DES (Diplôme d'Études Spécialisées) de Médecine Générale, avec une journée de cours sous le thème « addictions » (d'après le programme du Département de Médecine Générale de Bordeaux en 2018) (75).

II.6- Problématique et question de recherche

Face à ce mouvement prenant de plus en plus d'ampleur dans la lutte contre le tabagisme, avec la multiplication de nouvelles mesures incitatives et une prise de conscience générale qui semble s'accroître sur la grande nocivité du tabac et son impact en terme de santé publique, il est nécessaire de démultiplier les acteurs de terrain aptes à prendre en charge l'aide à l'arrêt du tabac. Il devient donc indispensable d'intégrer au maximum le médecin généraliste dans cette lutte, tant son rôle de prévention, en tant qu'acteur de soins premiers, est au centre du dispositif de soins. Malgré cela, l'implication des médecins généralistes paraît être incomplète, souvent par manque de formation et de temps, mais pas seulement...nous y reviendrons dans la suite de ce travail.

L'idée de ce partenariat ville-hôpital était non seulement de proposer un accompagnement du patient optimal afin de maximiser les chances de maintien de l'arrêt, mais également d'apporter une formation pratique au médecin généraliste sur l'accompagnement à l'arrêt du tabac...ceci dans un temps imparti compatible avec l'activité quotidienne des praticiens. Il était d'autant plus intéressant de proposer cette prise en charge partagée qu'aucune organisation à ce jour n'a pu être répertoriée, faisant participer activement le médecin généraliste au suivi des consultations.

La question de recherche est donc la suivante :

Quel retour d'expérience font les médecins généralistes de leur participation à ce dispositif novateur associant le tabacologue et le médecin traitant dans l'aide à l'arrêt du tabac ?

II.7- Objectifs de cette étude

II.7.1- Objectif principal

Il s'agissait de **recueillir le retour d'expérience des médecins généralistes** impliqués dans le partenariat, en termes de perceptions (motivation, satisfaction, utilité perçue), attitudes (souhait de renouveler cette prise en charge, sentiment de capacité), et pratiques (adhésion au parcours, utilisation des outils proposés, évolution des pratiques).

II.7.2- Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- d'établir l'efficacité du dispositif dans l'arrêt du tabac des patients concernés ;
- de recueillir l'expression des patients sur cette expérience.

III- Matériels et méthodes

III.1- Aspects réglementaires et éthiques

Conformément à la loi Jardé de novembre 2016 et à son arrêté de mai 2017, dans le cadre de la recherche impliquant la personne humaine, une soumission au Comité de Protection des Personnes n'était pas nécessaire mais a toutefois été réalisée (concernant les recherches reposant sur des questionnaires et entretiens auprès des professionnels de santé, les recherches portant sur les pratiques professionnelles et les recherches qui se limitent au recueil de données rétrospectives issues de dossiers médicaux, dès lors qu'il s'agit de données habituellement nécessaires à la pratique de soins). Un consentement oral a été demandé aux médecins une première fois par téléphone lors de l'inclusion des patients dans ce dispositif de partenariat, puis une deuxième fois lors de la demande d'entretien pour répondre au questionnaire. Il leur a été assuré de l'anonymisation de leurs réponses.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration simplifiée à la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) conformément au texte de méthodologie de référence MR003 (Recherche dans le domaine de la santé sans recueil du consentement). Le numéro de déclaration CNIL est le 2205298v0.

III.2- Type d'étude

Une **enquête transversale par entretiens** individuels directifs a été menée par la doctorante auprès des médecins généralistes impliqués dans l'expérience, de janvier à mars 2018. A chaque question, il était proposé 5 choix de réponses : clairement oui, plutôt oui, plutôt non, clairement non, NSP (ne se prononce pas). Ainsi les taux de réponses favorables ou défavorables obtenus permettent une vision précise du positionnement des médecins interrogés. Puis les commentaires et impressions étaient recueillis par écrit par l'interviewer afin d'affiner la pensée de l'interviewé et d'apporter une approche plus qualitative à cette étude. Il s'agit de répondre ainsi à **l'objectif principal** de l'étude.

Le même type d'enquête transversale, cette fois auprès des patients, a été mené (par la directrice de thèse lors des consultations) permettant de répondre au 2^{ème} objectif secondaire (satisfaction des patients).

Une étude descriptive sur dossiers a été menée par la doctorante et la directrice de thèse pour répondre au 1^{er} objectif secondaire de l'étude (efficacité du dispositif).

III.3- Population étudiée et modalités de recrutement

30 médecins généralistes de l'agglomération bordelaise, installés, exerçant seuls ou en cabinets de groupe, ont été inclus dans l'étude. Ils ont été sélectionnés par l'intermédiaire de leurs patients.

Ceux-ci ont été recrutés entre début septembre 2017 et fin octobre 2017. Sur 47 nouveaux patients reçus en consultation, 44 étaient décidés à l'arrêt. 13 ont été gardés en prise en charge hospitalière exclusive, du fait de leur situation urgente (grossesse, cancer du sein récidivant, insuffisance respiratoire sévère, contexte préopératoire) ou de leur état clinique complexe (poly-addiction, dépression majeure, schizophrénie).

31 patients ont donc accepté d'intégrer ce dispositif de prise en charge partagée hôpital-ville (2 patients avaient le même médecin traitant).

Parmi ces 31 patients, 18 patients ont été adressés par leur médecin traitant (3 patients avaient été adressés lors d'une tentative d'arrêt antérieure et ont été notés comme adressés) ou leur cardiologue pour 2 d'entre eux. 11 patients sont venus d'eux-mêmes. 2 patients ont été perdus de vue et nous n'avons pas pu recueillir cette information.

Leurs médecins généralistes ont ensuite été contactés par téléphone par la tabacologue afin d'obtenir leur accord sur cette prise en charge en partenariat, ce qu'ils ont tous accepté.

Les critères d'inclusion étaient donc :

- être médecin généraliste,
- être installé en cabinet de ville, seul ou en association,
- être le médecin traitant d'un patient s'étant présenté en consultation initiale d'accompagnement à l'arrêt du tabac entre le 1^{er} septembre et le 31 octobre 2017, (adressé ou non) et éligible à la prise en charge partagée,
- avoir accepté de participer à l'expérimentation mise en place

Les médecins généralistes intégrés à ce dispositif se situaient tous dans l'agglomération bordelaise. Ils ont été rencontrés dans leurs cabinets respectifs, situés dans les communes suivantes (par ordre alphabétique) : Blanquefort, Bordeaux, Bruges, Cenon, Eysines, Gradignan, Le Bouscat, Le Taillan, Ludon, Mérignac, Saint Loubès, Saint Médard en Jalles et Talence.

Ce groupe était constitué de 12 femmes (40%) et 18 hommes (60%).

III.4- Présentation du synoptique de prise en charge conjointe

Un courrier a été adressé aux médecins généralistes participant à ce dispositif, expliquant le suivi partagé pour l'accompagnement à l'arrêt du tabac (annexe 1).

Au verso de ce courrier était proposé le synoptique chronologique indiquant la répartition des consultations entre la tabacologue et le médecin généraliste, la chronologie du suivi dans le parcours du patient, et les points-clé du contenu attendu de chaque consultation, y compris celles de la tabacologue.

Il est à noter qu'il a été proposé à tous les patients d'instaurer un soutien pharmacologique par varénicline (Champix®) lors de la consultation initiale hospitalière, après leur avoir transmis les informations concernant les traitements disponibles. En effet, une évaluation réalisée en 2017 par une autre doctorante sur les résultats des accompagnements à l'arrêt du tabac sous varénicline avait montré l'efficacité de ce soutien thérapeutique (76). Une seule patiente a opposé un refus et s'est donc vu prescrire des TSN. Les synoptiques adressés au médecin étaient donc adaptés au traitement prescrit (annexe 1).

Les 2 premières consultations étaient réalisées par la tabacologue à J0 et J9 afin de transmettre toutes les informations concernant l'addiction au tabac ainsi que sa prise en charge et d'évaluer la tolérance de l'augmentation progressive, jusqu'à pleine dose, du traitement par varénicline, ou de la mise en place des substituts nicotiniques. Le support de transmission de ces informations était le dossier du patient, transporté par celui-ci d'une consultation à l'autre.

Puis le médecin traitant reprenait la main sur 2 consultations, pour suivre lui aussi la tolérance du traitement, l'évolution de la consommation de tabac et pour soutenir son patient dans cette démarche.

La tabacologue revoyait ensuite le patient à 1 mois du début de la prise en charge, puis à 3 mois et 6 mois de l'arrêt. Le médecin traitant recevait quant à lui son patient dans l'intervalle pour le suivi, de façon hebdomadaire jusqu'à l'obtention de l'abstinence, puis mensuelle par la suite.

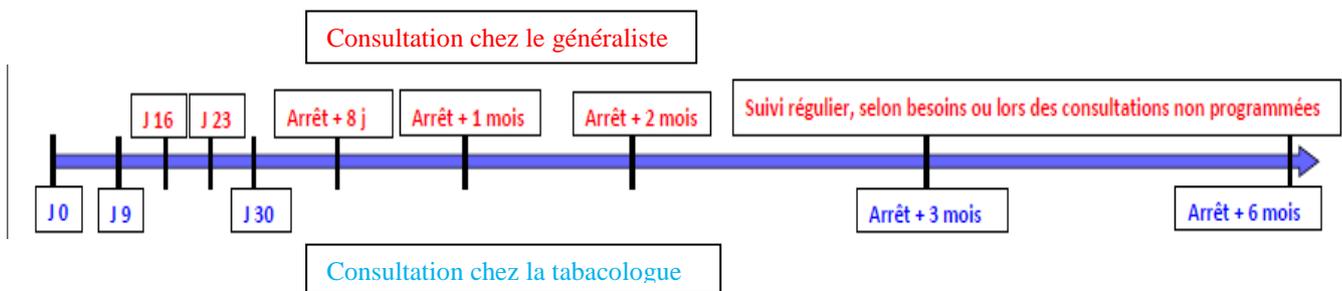


Figure 2: Parcours du patient en prise en charge partagée

Il était demandé au médecin, à chaque consultation, de tracer les éléments de suivi dans un dossier dédié, que le patient faisait suivre et qui servait de vecteur d'informations entre le spécialiste et le généraliste. Ce dossier est intitulé « Consultation de tabacologie », il est édité et diffusé par l'Inpes (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et la Société Française de tabacologie (annexe 3).

Enfin, une hot line était proposée au médecin traitant (téléphone portable de la tabacologue) afin d'avoir un accès direct et privilégié au spécialiste en cas de besoin.

Une réunion d'information et de formation animée par la tabacologue a été proposée à tous les médecins participants, pour soutenir l'aide apportée. Elle s'est déroulée le 15 novembre 2017 au sein de l'Hôpital suburbain du Bouscat.

III.5- Questionnaire d'entretien

Le questionnaire d'entretien auprès des médecins impliqués est issu des supports d'évaluation conçus initialement par la tabacologue dès la mise en place du dispositif de partenariat (l'un destiné aux médecins traitants, l'autre aux patients pris en charge en Annexe 2) qui a ensuite été retravaillé pour les entretiens.

Le questionnaire était composé de 8 questions. Le choix du nombre de questions était volontairement limité afin qu'il puisse être réalisé en entretien en 15 à 20 minutes - temps habituel dédié à une consultation de médecine générale - étant donné que tous les médecins ont reçu la doctorante sur leurs plages de consultation.

Pour 5 questions, le médecin était invité à choisir entre 5 types de réponses : « clairement oui », « plutôt oui », « plutôt non », « clairement non », « ne se prononce pas » (NSP). C'est le modèle d'échelle de Likert. Il était ensuite proposé d'argumenter la réponse par un commentaire libre. Les réponses ont été notées par écrit par l'interviewer (la doctorante) afin de laisser la plus grande liberté d'expression au médecin interviewé.

- ✓ La première question portait sur la motivation des médecins à participer à ce dispositif.
- ✓ La deuxième question évaluait l'aide ressentie par les médecins.
- ✓ La troisième question portait sur l'utilisation ou non de la « hot-line » mise à disposition, afin d'évaluer si cet outil s'était avéré utile.
- ✓ La quatrième question abordait l'aspect organisationnel de cette expérience, que ce soit au niveau du calendrier de consultation, du protocole papier transmis, du dossier-patient comme vecteur d'échanges d'informations entre le généraliste et la spécialiste et enfin sur la durée de la consultation. Ce dernier aspect était important à évaluer car l'argument de la consultation chronophage est souvent avancé dans les freins à proposer et mener un sevrage tabagique en médecine générale.
- ✓ La cinquième question évaluait l'utilité du protocole papier transmis par courrier lors de l'inclusion du médecin dans l'expérimentation.
- ✓ La sixième question interrogeait sur le souhait ou non de renouveler ce partenariat.
- ✓ La septième question portait sur le sentiment de capacité à accompagner un arrêt du tabac, suite à cette expérience, de façon autonome.
- ✓ Enfin, la huitième question proposait une réponse libre sur la façon dont ce partenariat aurait pu faire évoluer la pratique de chaque médecin dans le domaine de l'aide à l'arrêt du tabac.

Le choix de la méthode par questionnaire à questions fermées et questions ouvertes (77), (78) :

Questions fermées : Il s'agit de conduire le sujet à prendre position (à choisir une tendance), même s'il n'y adhère que partiellement. Un questionnaire structuré à questions fermées présente les avantages suivants :

- ✓ il est adapté et pertinent pour les objectifs de l'étude
- ✓ il est facile à utiliser
- ✓ il est uniforme
- ✓ il est précodé et ainsi facile à exploiter
- ✓ il peut être analysé rapidement.

Le modèle de l'échelle de Likert a ici été utilisé afin de mesurer le positionnement de chaque médecin et de nuancer le degré d'accord ou de désaccord (5 choix de réponse).

Les avantages des questions ouvertes sont les suivants :

- ✓ On ne contraint pas le sujet à donner une réponse qui ne lui correspond pas tout à fait. Dans les questions fermées, le sujet doit choisir ou non. Parfois, son point de vue est plus nuancé. La question ouverte va lui permettre de s'exprimer. Très souvent les questions fermées provoquent un sentiment de frustration, on ne se sent pas concerné et l'on est obligé de répondre.
- ✓ La question ouverte est plus vivante, plus motivante. La question fermée provoque souvent des réponses automatiques entre le oui et le non, sans que l'interviewé ne réfléchisse vraiment. Il y a une implication de l'interviewé dans les questions ouvertes.
- ✓ Elle peut faire apparaître des informations auxquelles on n'aurait pas pensé. En interrogeant seulement quelques personnes, il est impossible de passer en revue toutes les opinions, la question ouverte permet de rattraper des outils, de palier l'inefficacité de certaines questions mal formulées par rapport au problème (on peut passer à côté d'un point important). Il faut savoir que le plus souvent quand les questions ouvertes sont posées, elles entraînent des réponses assez courtes (une ou deux idées).

Toutefois, la question ouverte comporte également des inconvénients. Elle peut provoquer un comportement d'évitement, l'interviewé se sent directement engagé. On l'oblige à s'investir, d'où parfois, certains biais, le discours reste neutre si le sujet est délicat.

Support d'entretien proposé au médecin généraliste

Avez-vous été motivé par le principe de ce partenariat ?

clairement oui plutôt oui plutôt non clairement non NSP

Commentaires.....

Vous êtes-vous senti aidé ?

clairement oui plutôt oui plutôt non clairement non NSP

Comment ? Sur quel plan ?

.....

Hot line utilisée ? oui (nbre de fois) : ... non NR

Si non, pourquoi ?.....

Le contenu de cette organisation vous convenait-elle ? (1=calendrier, 2= protocole, 3= support dossier, 4= durée cs)

clairement oui plutôt oui plutôt non clairement non NSP

Commentaires.....

Protocole transmis : l'avez-vous lu ? Oui Non NR

L'avez-vous trouvé utile ? Oui Non NR

Souhaitez-vous renouveler ce partenariat pour d'autres patients ?

clairement oui plutôt oui plutôt non clairement non NSP

Commentaires.....

Vous sentez-vous, à la suite de cette expérience, plus en capacité d'accompagner entièrement un arrêt du tabac ?

clairement oui plutôt oui plutôt non clairement non NSP

Commentaires.....

Comment ce partenariat a-t-il fait évoluer votre pratique en termes d'aide à l'arrêt du tabac ?

Réponse :

III.6- Recueil et analyse des données

Les entretiens se sont déroulés de façon individuelle, en face à face avec chaque médecin. Seul un médecin a souhaité faire l'entretien par téléphone, pour une raison géographique. Pour chaque entretien, l'interviewer (la doctorante) s'est déplacé au sein des cabinets médicaux de l'agglomération bordelaise.

Les médecins ont été contactés à 4 mois du début de la prise en charge de leur patient, par téléphone, sur leur ligne professionnelle. Il a été convenu avec eux d'un rendez-vous à leur cabinet, le jour de leur choix, selon leurs disponibilités. Le choix d'un délai de 4 mois apparaissait comme judicieux, afin de leur permettre d'avoir un certain recul sur l'expérience et son fonctionnement. Les entretiens se sont déroulés du 3 Janvier au 6 Mars 2018.

Le jour de l'entretien, la doctorante s'est présentée comme étant une jeune médecin généraliste, travaillant avec le Docteur Nathalie Lajzerowicz, tabacologue au Bouscat, afin de recueillir les impressions des médecins participants à cette expérience. Elle revenait sur les objectifs de cette rencontre: recueillir leur retour d'expérience sur cette prise en charge conjointe ville-hôpital, dans l'aide à l'arrêt du tabac, en termes de satisfaction et de formation pour les médecins généralistes. Il était également précisé que le recueil de ces résultats faisait l'objet d'un travail universitaire.

Le remplissage des questionnaires était réalisé par écrit par la doctorante afin de leur laisser libre parole. Il était assuré aux médecins l'anonymisation de leurs réponses. Leurs réponses sur questionnaire papier ont ensuite été réparties sur un tableur EXCEL®, rapportant leurs commentaires en fonction de la répartition des réponses aux questions fermées.

Un recueil de données supplémentaire a été réalisé par la doctorante et la directrice de thèse afin de compléter l'étude et mieux comprendre le positionnement des médecins vis-à-vis de ce partenariat : il s'agissait d'une étude sur les dossiers papiers des patients permettant de recueillir le suivi du parcours (nombre de consultations réalisées par la tabacologue et par le médecin généraliste) mais également les items abordés par les généralistes lors de leurs consultations. La doctorante a ensuite saisi ces données sur un tableur EXCEL® pour plus de clarté.

Pour finir, afin de répondre aux objectifs secondaires de cette étude, un recueil de données sur les dossiers des patients a permis d'établir le taux de maintien de l'abstinence à 1, 3 et 6 mois. Un questionnaire était également proposé aux patients (annexe 2) lors de leur consultation de suivi à 1 mois après l'arrêt du tabac, par la tabacologue/directrice de thèse : celui-ci évaluait la satisfaction des patients quant à cette prise en charge en partenariat et fait l'objet d'un mémoire pour l'obtention de la Capacité en Addictologie par la directrice de thèse. Les résultats principaux concernant les perceptions des patients ont été repris pour ce travail de thèse (cf. § IV.3).

Les données ont été analysées en exprimant les variables sous forme d'effectifs et de pourcentages. Il était intéressant de rechercher certains liens entre elles, notamment entre le

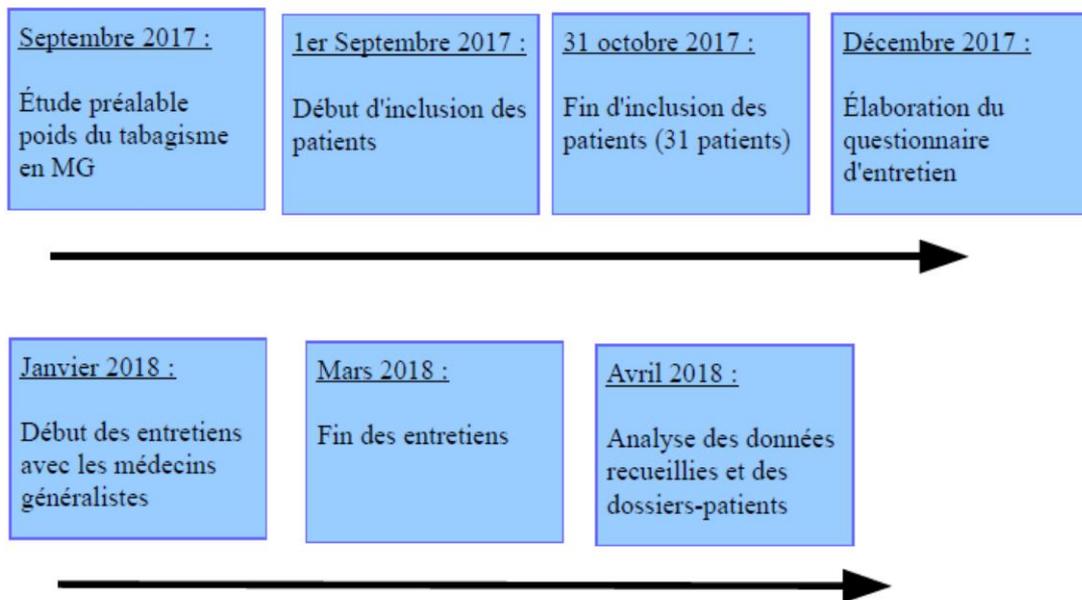
maintien de l'abstinence et le suivi du parcours de consultation chez le généraliste. Pour cela, il a été utilisé le test de corrélation de Spearman, particulièrement adapté aux petits échantillons de population. On parle de corrélation positive lorsque $[r > 0,2]$ (taux compris entre 0 et 1) avec un seuil de significativité classiquement établi à 5% ($p < 0,05$). Le logiciel BiostatGV disponible en ligne a permis d'entrer les variables et de calculer le résultat selon la formule :

$$r_s = 1 - \frac{6 \times \sum_{i=1}^n d_i^2}{n^3 - n}$$

Les variables utilisées pour l'abstinence étaient : 0 = échec de l'arrêt, 1 = maintien de l'abstinence à 1 mois, 3 = maintien de l'abstinence à 3 mois et 6 = maintien de l'abstinence à 6 mois. Pour le suivi du parcours, les variables utilisées correspondaient aux nombres de consultations réalisées par les généralistes durant les 3 premiers mois (0, 1, 2, 3, 4 ou 5).

Pour les échelles de Likert, les résultats ont été présentés en encadré en « réponse favorable » (comprenant « clairement oui » et « plutôt oui »), ou « réponse défavorable » (comprenant « plutôt non » et « clairement non »).

III.7- Chronologie de l'étude



Un courrier a été adressé en août 2018 aux médecins généralistes ayant participé à l'entretien (annexe 4). Il paraissait important de leur faire un retour d'informations en leur présentant les principaux résultats de cette étude pour laquelle leur contribution a été essentielle.

IV – Résultats :

IV.1- La description du parcours :

Nous aborderons dans un premier temps le suivi réalisé, à savoir le nombre de consultations réalisées par les médecins et leurs durées moyennes. Nous décrirons ensuite l'efficacité du dispositif en termes de maintien de l'abstinence, évalué à 1, 3 et 6 mois.

Enfin, nous présenterons l'utilisation des outils mis à disposition pour les médecins généralistes: utilisation de la « hot-line », participation à la soirée de formation proposée en début de parcours, et traçabilité effective dans les dossiers choisis comme supports.

IV.1.1- Suivi du parcours par les médecins et leurs patients

28 dossiers sur les 31 patients ont pu être étudiés, les 3 dossiers manquants sont en possession de patients qui ont abandonné le suivi (dont 1 patient qui a rechuté avec une problématique d'alcool associée, et 1 patient a réussi le sevrage à 3 mois uniquement avec son médecin traitant car la consultation de tabacologie était finalement trop loin de chez lui, la troisième patiente a été perdue de vue).

Nous présentons ci-dessous l'évaluation du parcours sur 3 mois, cette période étant celle durant laquelle sont programmées les 5 consultations dédiées chez le médecin généraliste (2 dans le premier mois, puis 3 consultations de suivi, cf annexe 1 ou figure 2). Les suivantes sont à réaliser en fonction des besoins du patient, et/ou concomitamment à d'autres motifs ultérieurs de consultation.

Les résultats recueillis dans les dossiers-patients sont les suivants (tableau I) :

7 patients sur 28 (25%) ont réalisé le parcours complet (à 3 jours près) avec les 5 consultations chez le médecin traitant – 6 patients ont réussi l'arrêt du tabac et son maintien à 6 mois, 1 patiente a rechuté à 4 mois 1/2.

13 patients sur 28 (46,5%) ont réalisé le parcours partiellement chez le médecin traitant :

- 3 patients ont eu 4 consultations chez le médecin traitant (2 premières consultations et 2 consultations de suivi) – Leur abstinence était maintenue à 6 mois pour 2 patients (et 1 rechute à 2 mois et demi) ;
- 5 patients ont eu 3 consultations (2 premières consultations et 1 seule consultation de suivi) – L'abstinence était maintenue à 3 mois pour les 5 patients mais seulement 3 restaient abstinents à 6 mois

- 3 patients ont eu 2 consultations (les 2 premières consultations) – Parmi eux, on relève 1 abstinence maintenue plus de 6 mois, 2 patients n'ont jamais réussi à arrêter de fumer ;
- 2 patients ont eu 1 seule consultation à J16 par le médecin traitant. 1 patient a réussi à rester abstinent 1 mois puis a rechuté, l'autre n'a pas réussi à arrêter.

8 patients sur 28 (28,5%) n'ont eu aucune consultation avec leur médecin traitant :

- 2 patients ont eu un suivi exclusif par la tabacologue (1 patient le demandait et pour l'autre patient le médecin traitant préférait finalement un suivi exclusif par la tabacologue car n'avait pas le temps en période d'épidémie hivernale d'assurer son suivi) – ces 2 patients ont réussi à arrêter de fumer avec un maintien de l'arrêt à 6 mois ;
- 6 patients ont abandonné le suivi après n'avoir vu que la tabacologue (4 avaient également une problématique d'alcool, dont 2 étaient en cours de sevrage d'alcool depuis quelques semaines et 1 patiente a rechuté sur un épisode anxieux la veille d'une intervention chirurgicale) – ces 6 patients n'ont pas réussi à arrêter de fumer.

Tableau I: Récapitulatif du parcours médecins-patients sur 28 dossiers analysés

Nombre de consultations chez le MT	Nombre total de consultations	Nombre de patients	
0	≤ 3	6 patients	Total 8 patients
	5	1 patient	
	7	1 patient	
1	4	2 patients	Total 2 patients
2	4	2 patients	Total 3 patients
	7	1 patient	
3	6	1 patient	Total 5 patients
	7	1 patient	
	8	2 patients	
	10	1 patient	
4	9	2 patients	Total 3 patients
	11	1 patient	
≥ 5	8	1 patient	Total 7 patients
	10	3 patients	
	11 ou 12	2 patients	
	20	1 patient	
			Total 28 patients

Au total, on comptabilise 8 patients ayant abandonnés précocement (6+2 dossiers manquants) sans avoir vu leur médecin traitant, dont 5 patients avaient une co-addiction à l'alcool. 2 patients ont finalement préféré un suivi exclusif par la tabacologue et 1 patient n'est

pas revenu à la consultation hospitalière pour raison géographique et a fait son suivi uniquement avec son médecin traitant.

IV.1.2- Efficacité du dispositif sur l'abstinence tabagique des patients :

Il est important bien sûr de rendre compte également de l'impact de ce dispositif sur la réussite de l'arrêt du tabac auprès des 31 patients ayant accepté de participer à ce projet.

Une évaluation de l'abstinence à 1 mois a été explorée sur les dossiers-patients :

65% des patients (n=20/31) ont réussi le maintien de l'abstinence à 1 mois (1 patient perdu de vue mais information recueillie auprès de son médecin traitant lors de l'entretien).

35% d'entre eux (n=11/31) n'ont pas réussi à accéder à cette durée d'abstinence. Parmi ces 11 patients, 6 d'entre eux ont abandonné le suivi après n'avoir vu que la tabacologue et sans initier le suivi avec leur médecin traitant et 2 autres ont été rapidement perdus de vue.

Sur ces 8 abandons, 5 patients présentaient également une problématique de dépendance à l'alcool.

L'évaluation de l'abstinence à 3 mois :

18 patients sur 31 ont réussi le maintien de l'abstinence à 3 mois, soit 58%.

13 patients ont échoué dans leur arrêt du tabac, les 2 patients se rajoutant ont fait une rechute à 2 mois, avec une reprise occasionnelle.

L'évaluation de l'abstinence à 6 mois reste satisfaisante :

14 patients sur 31 ont réussi le maintien de l'abstinence à 6 mois, soit 45%.

17 patients ont échoué dans leur arrêt du tabac, les 4 patients se rajoutant ont rechuté à 4 mois.

Parmi les 14 patients abstinentes à 6 mois il est à noter que :

3 patients n'avaient jamais fait de sevrage tabagique auparavant ;

1 patiente avait cessé de fumer uniquement pendant une ancienne grossesse ;

3 patients avaient cessé de fumer seulement pendant 1 mois ou 2 mois.

Tableau II: Récapitulatif des résultats du maintien de l'abstinence à 1, 3 et 6 mois

Patient	Abstinence 1 mois	Abstinence 3 mois	Abstinence 6 mois
1 SL	Oui	oui	oui
2 FXD	Non/abandon/OH	non	non
3 ME	Oui	oui	oui
4 JPR	Oui	oui	oui
5 MR	Oui	oui	Non (rechute 4mois1/2)
6 FB	Non/abandon/OH	non	non
7 JFB	Non/abandon/OH	non	non
8 MCRB	Oui	oui	oui
9 EA	Oui	oui	oui
10 JPD	Oui	oui	oui
11 JF	Non	non	non
12 LD	Oui	oui	oui
13 NG	Non/abandon/angoisse pré-opératoire	non	non
14 FB	Oui	oui	oui
15 FP	Non/abandon/OH	non	non
16 PL	Non	non	non
17 CT	Oui	oui	Non (rechute 4mois)
18 AF	Non	non	non
19 CP	Non	non	non
20 VG	Oui	Non (2 mois puis occasionnel)	non
21 MFD	Oui	Non (2 mois puis occasionnel)	Non
22 ML	oui	oui	Oui
23 MM	Non/abandon/OH	non	Non
24 SR	oui	oui	Oui
25 NR	oui	oui	Oui
26 PS	oui	oui	Oui
27 VB	Non/perdu de vue	non	Non
28 SB	oui	oui	Oui
29 ALC	oui	oui	Oui
30 BH	Oui/perdu de vue	Oui	Non (rechute 4mois)
31 AB	oui	oui	Non (rechute 4mois)

Un tableau récapitulatif résume ainsi les résultats de ces 2 premiers points importants et retrace le nombre de consultations, cette fois à 6 mois, à compter de la date d'arrêt du tabac (les consultations de suivi au-delà du parcours étudié n'ont pas été incluses dans le tableau de résultats, afin de permettre une cohérence d'analyse) :

Tableau III : Tableau récapitulatif sur l'abstinence à 1, 3 et 6 mois en fonction du nombre de consultations réalisées

		Durée d'abstinence tabagique				
Nombre de consultations réalisées (dont celles effectuées par le médecin généraliste)		Echec	>1 mois	>3mois	>6 mois	
	≤ 3	6 patients (0)				6 patients
	4	2 patients (2), (1)	1 patiente (1)			3 patients
	5				1 patiente (0)	1 patient
	6	1 patient (2)			1 patient (3)	2 patients
	7				3 patients (0)(2) et (3)	3 patients
	8			1 patiente(3)	2 patients (5) et (3)	3 patients
	9			1 patient (3)	2 patients (4) et (4)	3 patients
	10				3 patients (5), (5), (6)	3 patients
	11 ou 12		1 patiente (4)	1 patiente (5)	1 patiente(6)	3 patients
	20				1 patiente (8)	1 patient
	<i>Total</i>		9 patients (dont 3 ont vu le MG)	2 patientes (ayant vu le MG)	3 patientes (ayant vu le MG)	14 patients (dont 12 ont vu le MG)

Il est à noter que l'obtention de l'arrêt a pu nécessiter une période de consultations rapprochées au-delà du premier mois de prise en charge. C'est le cas d'une patiente (Patiente 9 – EA dans le tableau II) pour laquelle 20 consultations alternées ont été réalisées, dont 13 du début de prise en charge à la consultation actant le sevrage (5 consultations par le médecin traitant, 8 par la tabacologue), sur une période de 3 mois. Il s'agit cependant d'une situation particulière (pas d'antécédents de sevrage, syndrome dépressif important, non motivée à l'arrêt mais nécessité chirurgicale).

Il est intéressant ici de constater une corrélation forte entre le suivi du parcours et le maintien de l'arrêt du tabac, confirmée par le test de corrélation de Spearman avec [$r = 0.658$] ($p < 0,0001$). Nous y reviendrons dans la partie Discussion.

IV.1.3- Utilisation des outils par les médecins :

Traçabilité dans les dossiers transportés par les patients

Concernant les dossiers partagés de façon effective avec les médecins traitants, 19 ont été annotés rigoureusement par les médecins généralistes, soit 96%. Les thèmes qui ont été abordés lors de leurs consultations sont référencés dans le Tableau IV.

Tableau IV: Thèmes abordés lors des consultations chez le généraliste lors du suivi.

Thème abordé	Nombre de médecins concernés
Consommation de tabac	18
Humeur/Etat psychologique	16
Sommeil	13
Tolérance du traitement	12
Tension artérielle	8
Conseils	6
Poids	5
Eléments biomédicaux	4
Appétit/alimentation	4
Evaluation du craving	4
Activité physique	3
Adaptation posologique du traitement	2

Utilisation de la hot-line mise à disposition des médecins

Concernant l'utilisation de la « hot-line », seulement 2 médecins sur les 30 médecins participants y ont eu recours. Les questions posées étaient :

« *A quelle posologie peut-on reprendre la varénicline après un arrêt du traitement de plusieurs jours ?* »

« *Y a-t-il un risque d'interaction médicamenteuse avec le traitement corticoïde per os prescrit pour un patient lombalgique ?* »

Les autres médecins n'ont pas ressenti le besoin d'utiliser cet outil durant le suivi, mais certains ont toutefois souligné qu'il était appréciable d'avoir un accès direct sans avoir à passer par un secrétariat.

Formation complémentaire proposée

Enfin, il était proposé une soirée de Formation Médicale Continue le 15 novembre 2017 à tous les médecins participants au partenariat, ainsi qu'à tous les médecins correspondants de l'hôpital Suburbain du Bouscat (environ 300).

Au total, 45 médecins ont répondu présents, dont 2 spécialistes. Une dizaine de médecins impliqués dans le dispositif s'étaient inscrits, 5 d'entre eux se sont déplacés. Ce point sera ré-abordé dans la discussion.

IV.2- Retour d'expérience des médecins généralistes impliqués :

La première partie ayant détaillé le suivi du parcours et son efficacité sur le maintien de l'abstinence, cela nous permet maintenant d'aborder le recueil des données auprès des généralistes.

Les premiers résultats concernent d'une part **les opinions des médecins recueillies en préambule sur leurs difficultés à aborder la question du tabagisme**, et d'autre part leur **motivation de principe à participer** à cette prise en charge conjointe.

Les résultats seront présentés pour les 28 médecins ayant accepté de nous recevoir en entretien parmi les 30 médecins impliqués: un médecin n'a pas souhaité être interrogé car son patient a abandonné très rapidement son suivi concernant le tabac, et un autre médecin n'a pu être interrogé car le patient a entre-temps changé de médecin traitant et a abandonné également son suivi tabacologique. Ce résultat est ensuite rapporté entre parenthèses sur 30 médecins ayant accepté de participer initialement au protocole de partenariat lors de l'inclusion des patients. Ces 28 médecins rencontrés concernent 29 patients inclus dans l'étude (2 patients avaient le même médecin traitant).

Les résultats des paragraphes suivants sont présentés sur la base des **20 médecins qui ont pu réaliser un suivi partagé** : en effet, durant le parcours, 6 patients ont abandonné précocement leur prise en charge, 2 patients ont eu un suivi exclusif par la tabacologue et enfin 1 patient n'est pas revenu à la consultation hospitalière et a poursuivi uniquement avec

son médecin traitant, il n'y a donc pas eu de partenariat et son dossier est resté en sa possession.

L'analyse du parcours, basée sur ces dossiers, nous a permis d'établir la liste des 20 médecins qui ont effectivement vécu l'expérience de partenariat. Les résultats seront donc exprimés sur ce nombre afin de rendre réellement compte des appréciations portées suite à leur participation.

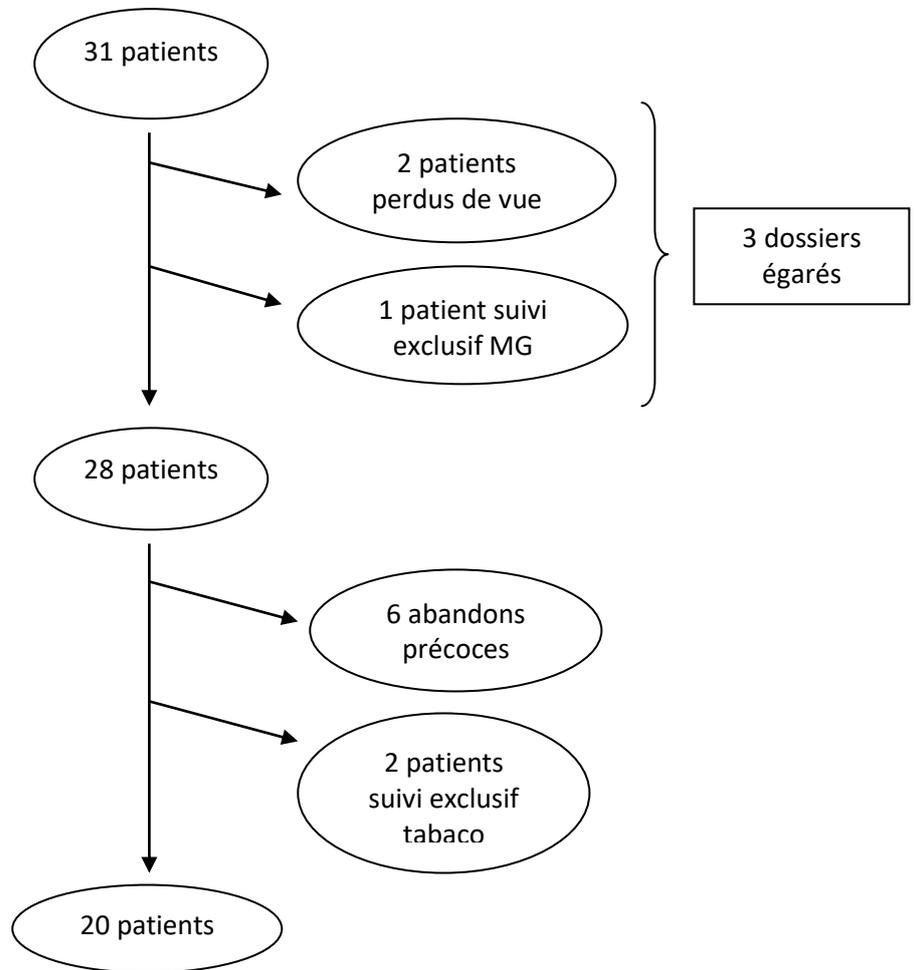


Figure 3: Diagramme de flux des patients ayant réalisé le parcours de suivi chez leur médecin traitant.

Ces 20 patients avaient chacun un médecin traitant différent.

IV.2.1- Difficultés rencontrées habituellement par les médecins dans l'aide à l'arrêt du tabac de leurs patients (n=28)

Il a été demandé en préambule en entretien à chacun des praticiens quelles étaient les difficultés rencontrées à mener une aide à l'arrêt du tabac.

Plusieurs motifs de consultation :

71% (n=20/28) d'entre eux pensent que le frein principal est le fait que les patients se présentent à leur consultation avec plusieurs motifs à traiter en 15 à 20 minutes, ce qui empêche une prise en charge correcte concernant le tabagisme. Pour la majorité d'entre eux, ils déclarent : « *Le problème du tabac arrive toujours à la dernière minute de la consultation, presque sur le pas de la porte : « au fait Docteur, j'aimerais peut-être arrêter de fumer », ce n'est pas gérable* ».

Un autre rajoute : « *Le patient ne peut pas concevoir de venir voir son généraliste pour le seul problème du tabac, il faut toujours qu'il y ait un autre motif de consultation, en rapport ou non avec le tabac.* ».

Le tabac n'est pas une priorité pour le patient :

36% (n=10/28) des médecins interrogés estiment qu'un des freins limitant cette prise en charge est le fait que l'arrêt du tabac n'est pas une priorité pour le patient : « *Pour les patients, le tabagisme n'est pas un problème de santé, ils envisagent un jour d'arrêter éventuellement, mais rarement dans un avenir proche, et d'autant moins si on ne leur pose pas la question !* ». Dans la même logique, 36% des médecins constatent que le patient ne revient pas pour le suivi exclusif du tabac : « *Ils ne viennent pas au rendez-vous, ou alors on en parle rapidement à l'occasion d'une consultation pour un autre motif* ».

Consultation lourde :

46% (n=13/28) des médecins estiment que c'est une consultation chronophage et 32% (n=9/28) trouvent que c'est souvent une consultation complexe.

Manque de formation :

39% (n=11/28) des médecins estiment qu'ils ont un manque de formation dans ce domaine, tout en reconnaissant en aparté pour certains, qu'ils n'assistent pas forcément aux soirées de formation proposées, principalement par manque de temps.

Valorisation insuffisante :

21% (n=6/28) des médecins pensent qu'une valorisation de ce type de consultation pourraient encourager les généralistes à proposer plus d'accompagnement à un arrêt du tabac.

Enfin, 14% (n=4/28) des médecins rapportent que l'échec récurrent et la rechute entraînent une sorte de lassitude de leur part et donc un frein à initier une aide à l'arrêt ; 7% (n=2) des médecins reconnaissent qu'ils attendent surtout que la demande vienne du patient.

Tableau V: Récapitulatif des difficultés exprimées par les généralistes sur leur pratique du sevrage tabagique en cabinet

Freins exprimés	Nombre de médecins
Plusieurs motifs de Cs en 15-20 min	71% (n=21/28)
Consultation chronophage	45% (n=13/28)
Manque de formation	39% (n=11/28)
Patient ne revient pas pour le suivi	36% (n=10/28)
Ce n'est pas la priorité pour le patient	36% (n=10/28)
Consultation complexe	32% (n=9/28)
Consultation non-valorisée	21% (n=6/28)
Échec récurrent	14% (n=4/28)
Attente que la demande vienne du patient	7% (n=2/28)

Nous reviendrons sur l'analyse de ces réponses dans la partie Discussion.

IV.2.2- Motivations exprimées sur le principe de partenariat (n=28) :

La première question de l'entretien était : « Avez-vous été motivé par le principe de ce partenariat ? ». Cette question a été posée aux 28 médecins ayant accepté d'être interrogés. A titre de rappel, ces médecins avaient accepté de participer à ce partenariat lors du début de la prise en charge de leur patient, lorsque la tabacologue avait demandé leur accord de principe, par téléphone.

Leurs réponses :

Clairement oui	Plutôt oui	Plutôt non	Clairement non	NSP
n=13/28 (46%)	n=13/28 (46%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=2/28 (8%)

Le recueil de leurs commentaires apporte quelques précisions, certains ayant par la suite réellement participé au partenariat, d'autres dont le patient n'a finalement pas eu de suivi partagé ou a abandonné. **Les médecins se sont tous déclarés avoir été motivés** par le principe de partenariat, y compris ceux n'ayant pas eu l'occasion de faire le suivi. L'ensemble des réponses est présenté par thèmes :

Un encadrement majoré pour le patient :

Plusieurs médecins ont souligné l'accès privilégié avec la spécialiste tabacologue, ainsi que le fait que le patient paraissait plus investi dans sa démarche d'arrêt car il était plus encadré :

« *Le patient est mieux cadré car il y a une prise en charge par le spécialiste* »,

« *Il y a une sorte d'institutionnalisation de la prise en charge qui implique plus le patient* »,

« On n'est pas seul, le spécialiste est plus accessible et aidant, et le patient est doublement fliqué »,

« On a un rapport au spécialiste privilégié et qui est très accessible »,

« Je préfère adresser au tabacologue qui fera une consultation dédiée, puis le suivi est intéressant pour nous, médecins généralistes, car on a un accompagnement par le spécialiste, on est guidé »,

« Je trouve que mon patient a eu une meilleure adhésion car il était plus encadré ».

Un intérêt pédagogique pour les médecins :

D'autres médecins soulignent l'aspect pédagogique de cette expérience :

« J'y ai trouvé un intérêt éducatif pour moi et pour mon patient »,

« Il y avait un intérêt de ce suivi conjoint pour apprendre des astuces que je ne connaissais pas et que le patient m'a rapporté de ses consultations au Bouscat »,

« Moi j'ai bien aimé le côté sympa et confraternel de travailler ensemble pour le patient »,

« C'est vraiment bien, on est au cœur du sevrage, mais on voit aussi le patient en dehors de ça, on le connaît bien donc c'est ça qui est intéressant, on comprend bien ses réactions » ;

« Ce protocole de partenariat est très intelligent, c'est même étonnant que personne n'y ait pensé avant ! ».

Un des médecins interrogé a toutefois nuancé : *« L'aide du spécialiste est intéressante, mais le protocole est un peu lourd en nombre de consultations ».*

Deux médecins ont choisi de ne pas se prononcer sur cette question, évoquant notamment l'argument de temps : *« Pourquoi pas faire ce partenariat, mais certainement pas en période d'épidémie car on n'a pas le temps de gérer ça ».*

<p><i>93% des médecins (n=26/28) ont été motivés par le principe de ce partenariat (soit 87% sur 30 médecins)</i></p>
--

IV.2.3- Satisfaction sur l'aspect organisationnel de ce dispositif (n=20)

Les résultats sont maintenant présentés sur les 20 médecins ayant réalisé le suivi en partenariat, dès lors qu'il y a eu au moins 1 consultation de suivi avec le médecin traitant.

a)Évaluation du calendrier de consultations

La première partie de cette question concernait l'organisation du calendrier de consultations entre le spécialiste et le médecin généraliste.

Leurs réponses :

Clairement oui	Plutôt oui	Plutôt non	Clairement non	NSP
n=3/20 (15%)	n=11/20 (55%)	n=2/20 (10%)	n=1/20 (5%)	n=3/20 (15%)

Chronologie intéressante des consultations :

Les médecins apportent quelques nuances : pour certains, il y avait « *Une bonne répartition des consultations* ».

D'autres ont adapté le calendrier : « *J'ai vu ma patiente toutes les semaines car elle en avait besoin et c'était très bien ainsi pour le suivi* ».

Un médecin ajoute : « *Le calendrier était bien mais je pense que cela dépend aussi des patients, car certains ne sont pas toujours assidus* ».

Mais un nombre de séances jugé parfois trop important :

Trois médecins ont déclaré que l'organisation de ce calendrier ne leur convenait pas, en majorité à cause d'une contrainte de temps :

« *Je trouve qu'il y a beaucoup trop de consultations pour le patient* »,

« *Je n'ai pas le temps de faire tout ce suivi* »,

« *Il y avait beaucoup de consultations à gérer pour moi car je suis surchargé dans mon planning, mais le patient en avait besoin donc on s'est adapté* ».

Un médecin a choisi de ne pas se prononcer car il estimait : « *Je ne savais pas qu'elle était ma place ni quel était mon rôle au milieu de toutes ces consultations avec le spécialiste qui apportait déjà beaucoup d'informations* ». Les deux autres médecins ne se prononçant pas car ils n'ont pas suivi le calendrier.

<p><i>70% des médecins (n=14/20) ont jugé l'organisation du calendrier de consultations satisfaisante.</i></p>
--

b)Utilité du synoptique du contenu des consultations :

La deuxième partie de cette question concernait le protocole papier transmis par courrier, précisant le contenu des consultations.

Leurs réponses :

Clairement oui	Plutôt oui	Plutôt non	Clairement non	NSP
n=4/20 (20%)	n=10/20 (50%)	n=1/20 (5%)	n=1/20 (5%)	n=4/20 (20%)

La majorité d'entre eux (n=14) a jugé le synoptique utile, déclarant que ce protocole était « bien fait » et que « les explications étaient claires ».

Deux médecins n'étaient pas satisfaits par ce document, l'un estimant :

« Ce protocole est trop complexe, il faut être beaucoup plus concis ».

Quatre médecins ne se sont pas prononcés sur cette question, car 3 d'entre eux ont déclaré ne pas avoir reçu le document (2 d'entre eux l'ont reçu plus tard que prévu dans la prise en charge).

A la question « l'avez-vous lu ? », tous les médecins l'ayant reçu (n= 17) ont répondu positivement (100%).

A la question « l'avez-vous trouvé utile ? », 14 sur les 17 médecins l'ayant lu, ont répondu positivement (82%).

**70% des médecins (n=14/20) ont apprécié l'utilité du synoptique adressé
(82% de ceux qui l'ont reçu).**

c)Utilité du dossier support d'échanges :

La troisième partie de cette question évaluait la satisfaction du dossier choisi comme support d'échanges entre le médecin traitant et la tabacologue, que le patient devait apporter à chacune des consultations hospitalières et libérales.

Leurs réponses :

Clairement oui	Plutôt oui	Plutôt non	Clairement non	NSP
n=9/20 (45%)	n=4/20 (20%)	n=4/20 (20%)	n=0 (0%)	n=3/20 (15%)

Un fil directeur pour le suivi du patient :

Ils argumentent cette réponse ainsi :

« C'est très bien, c'est utile et ça rassure le patient ».

D'autres l'ont apprécié pour le suivi du patient :

« C'est très pratique pour le suivi »,

« C'est bien rempli initialement, on a une ligne directrice pour le suivi ».

Une autre pointe du doigt la motivation que cela a pu engendrer en plus chez sa patiente :

« J'ai à chaque fois mis un mot, la patiente a accès à ses informations, ça permettait une relation de confiance et elle pouvait revoir son parcours depuis le début, ça la motivait beaucoup de voir tout ce chemin parcouru et ce par quoi elle était passée ».

Mais des difficultés dans la communication écrite :

4 médecins n'ont pas été convaincus par ce moyen de communication entre professionnels, principalement pour des raisons d'espace : « *Il n'y avait pas beaucoup de place pour écrire nos consultations* ».

D'autres ne savaient pas vraiment ce qui était demandé :

« *Je ne savais pas ce qu'il fallait écrire* »,

« *Je pense qu'il aurait fallu préciser un peu plus les choses à vérifier dans le suivi et les questions à poser* ».

3 médecins ne se sont pas prononcés sur cette question, parce que leur patient « *ne m'a pas amené son dossier, il a oublié* ».

65% des médecins (n=13/20) se sont déclarés satisfaits de l'organisation du support dossier comme vecteur entre chaque consultation.

d) Pertinence et durée de la consultation dédiée :

Enfin, la dernière partie de cette question concernait la durée de consultation réalisée par le médecin traitant, afin d'évaluer la faisabilité en termes de temps de ce type de suivi.

Leurs réponses :

Clairement oui	Plutôt oui	Plutôt non	Clairement non	NSP
n=5/20 (25%)	n=10/20 (50%)	n=4/20 (20%)	n=0 (0%)	n=1/20 (5%)

Large intérêt pour la consultation dédiée à cette prise en charge :

Ces 15 médecins ont plébiscité le fait qu'il était agréable pour eux de faire une consultation dédiée au motif du tabac, ce qui leur semble tout à fait réalisable dans leur temps imparti de consultation :

« *C'est agréable que ce soit une consultation dédiée, on ne parle que du tabac* »,

« *20 minutes, c'est correct pour une consultation dédiée, c'est bien* »,

« *C'était très bien pour la durée, on a parlé que du tabac* ».

Mais durée jugée trop longue par certains médecins :

4 médecins n'ont pas été satisfaits de la durée de leur consultation, l'ayant trouvée au contraire trop longue :

« *Ces consultations étaient très chronophages pour moi* »,

« *Les consultations étaient assez longues car ma patiente avait besoin de parler de son ressenti* »,

« La consultation a été plus longue que 20 minutes car mon patient a toujours d'autres motifs de consultation que le tabac, ils sont incorrigibles! ».

Un médecin a choisi de ne pas se prononcer sur cette question : « Je pense en général que la durée est en fonction du nombre de motifs de consultation, et cela dépend des patients, il faut les éduquer à ne venir que pour un seul motif et ce n'est pas facile pour tous ».

Il est à noter que l'analyse rétrospective des dossiers a permis d'évaluer la durée moyenne de consultation : il avait été demandé aux médecins généralistes d'annoter la durée lors des 2 premières consultations ; 14 médecins l'ont tracée sur le dossier : on retrouve une moyenne de 26 minutes lors de la première consultation (allant de 15 à 45 minutes) et une moyenne de 21 minutes pour la deuxième consultation (12 dossiers annotés, allant de 7 à 30 minutes).

75% des médecins (n=15/20) ont estimé que la durée de consultation était satisfaisante.

IV.2.4- Utilité perçue par les médecins généralistes (n=20):

A la question « vous êtes-vous senti aidé ? », 17 médecins ont répondu favorablement.

Leurs réponses :

Clairement oui	Plutôt oui	Plutôt non	Clairement non	NSP
n=3/20 (15%)	n=14/20 (70%)	n=1/20 (5%)	n=0 (0%)	n=2/20 (10%)

Utilité des supports transmis : protocole d'accompagnement et dossier :

Leurs commentaires précisent quel type d'aide les médecins ont ressenti, notamment grâce aux informations communiquées aux patients par la tabacologue :

« La tabacologue était disponible, elle a bien débrouillé le terrain et a donné des explications claires transmises par la patiente ».

Les médecins ont à nouveau mis en valeur le protocole transmis et le support dossier comme facteurs ayant contribué à les aider.

« Le livret du patient permet une transmission des informations qui est très utile pour échanger »,

« Le protocole transmis est une bonne base pour nous et pour le patient, il est très bien fait, on ne va pas à tâtons, on est guidé ».

« On a tous fait les mêmes études, à priori on sait manœuvrer, on a juste besoin de repères et le protocole est clair ».

« On a besoin d'objectifs précis pour ces consultations, pour cadrer le timing, et ne pas se laisser embarquer... ».

Motivation amplifiée pour le patient :

Ils ont également un sentiment d'aide sur la part de motivation de leur patient, dans son implication dans cette démarche d'arrêt du tabac :

« Le patient est plus motivé à arrêter de fumer quand un spécialiste intervient, car ce n'est pas faute d'avoir essayé avec lui ! Mais là, la prise en charge par le spécialiste devient sérieuse et il y a une neutralité qui aide, alors que le patient peut essayer de nous entourlouper quand on le connaît trop ! ».

Meilleure connaissance sur la thérapeutique d'aide au sevrage :

Enfin, l'aide a également été ressentie par rapport au traitement par varénicline instauré, traitement souvent peu employé par les médecins généralistes participant au protocole (comme détaillé plus loin au paragraphe IV.2.6) :

« Oui je me suis senti aidé par rapport au traitement per os que je n'employais pas, on connaît grâce au protocole, le suivi et les effets à surveiller ».

Un médecin a estimé ne pas avoir ressenti d'aide : *« Je trouve qu'il n'y avait pas beaucoup de place pour nos consultations, le protocole était bien fait mais plutôt à simplifier et à cibler ».*

85% des médecins (n=17/20) se sont sentis aidés lors de cette expérience.
--

IV.2.5- Souhait de renouveler cette prise en charge conjointe :

Il a été demandé aux médecins généralistes s'ils souhaitaient renouveler ce partenariat pour d'autres patients.

Leurs réponses :

Clairement oui	Plutôt oui	Plutôt non	Clairement non	NSP
n=11/20 (55%)	n=6/20 (30%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=3/20 (15%)

Perception par les médecins d'une aide effective :

Les médecins avancent le sentiment d'aide et d'accompagnement ressentis, ainsi que le bénéfice pour le patient :

« Le côté spécialiste met du poids dans la prise en charge et l'investissement du patient »,
« C'est une très bonne expérience à renouveler, tout sevrage doit se faire en partie avec le médecin traitant car il a un lien avec son patient »,
« On multiplie les chances pour le patient, il se sent plus cadré et on a plus de poids à deux ».

« C'est une très bonne expérience, je vais me mettre à faire du sevrage tabac !... à condition que la tabacologue reste partenaire au moins pour la première consultation et revoit le patient au moins une fois dans le parcours ».

Le médecin garde son rôle :

« Ça rassurait ma patiente d'être examinée cliniquement, avec le poids, la tension, car la tabacologue ne le faisait pas et ça l'a surprise au début ».

Certains apportent toutefois quelques nuances :

« Si le patient correspond à ce type de prise en charge, oui, avec la motivation et le suivi régulier que ça implique, il faut que le contrat soit respecté ».

« Il faudrait que le délai de la première consultation soit plus court car sinon on risque de louper le coche lorsque le patient décide d'arrêter ».

Enfin, un autre médecin évoque la disponibilité que cela demande : « Plutôt oui pour renouveler ce partenariat, mais pas avec beaucoup de patients à la fois car ça prend beaucoup de temps et j'ai déjà un planning surchargé ». Un dernier insiste sur l'intérêt de ce suivi conjoint avec le médecin traitant référent : « Oui pour un partenariat mais avec ses propres patients que l'on connaît bien, et pas en tant que médecin de réseau » comme ça peut se faire pour d'autres problématiques.

3 médecins ont préféré ne pas se prononcer sur cette question, deux d'entre eux estiment à nouveau que « C'est plutôt en fonction du profil du patient », et que : « Selon la période de l'année, c'est difficile en plein hiver en période d'épidémie de voir aussi souvent les patients ». Un autre précise qu'il « ne le souhaite pas vraiment sauf si le patient le demande ».

85% des médecins (n=17/20) ont exprimé leur souhait de renouveler cette prise en charge conjointe pour d'autres patients fumeurs.

IV.2.6- Sentiment de capacité à gérer les arrêts du tabac en autonomie

Il a été demandé aux médecins généralistes s'ils se sentaient, à la suite de cette expérience, plus en capacité d'accompagner seuls un arrêt du tabac.

Leurs réponses :

Clairement oui	Plutôt oui	Plutôt non	Clairement non	NSP
n=2/20 (10%)	n=6/20 (30%)	n=8/20 (40%)	n=2/20 (10%)	n=2/20 (10%)

Même si 17 d'entre eux souhaitent renouveler ce partenariat pour d'autres patients, comme vu dans le paragraphe précédent, **8 médecins pensent être toutefois plus en capacité, dorénavant, d'accompagner seuls un arrêt du tabac :**

« *Je faisais déjà du sevrage tabac dans mon cabinet, mais plutôt avec des patches* »,

« *Ça m'a permis de mieux me former au sevrage tabac* »,

« *Il faut bien se lancer seule !* »,

« *Ok mais uniquement si le patient est motivé, on le sent de suite quand il n'est pas prêt, je passe une sorte de contrat avec lui, si je m'investis, il faut que lui aussi* ».

10 d'entre eux souhaitent poursuivre **ce type de prise en charge uniquement en partenariat**, pour différentes raisons :

D'abord sur l'aspect **pédagogique et informatif** délivré par le spécialiste :

« *Je préfère plutôt avec le tabacologue car ça simplifie les tâches d'explications* »,

« *Je trouve que c'est mieux que le tabacologue enclenche le processus et commence, car il délivre certaines infos qu'on ne maîtrise pas bien, puis le relais avec le médecin traitant est très bien* »,

« *Ce partenariat est une originalité, on a plus de forces à plusieurs, la répartition spécialiste/médecin traitant est très intelligente avec le spécialiste qui explique, et le médecin traitant qui fait le suivi avec le soutien psychologique, car on connaît bien son patient* »,

« *Moi je me contente d'écouter et d'accompagner, ça me va très bien de ne pas avoir à tout expliquer* ».

2 médecins préfèrent le partenariat **pour une plus grande efficacité:**

« *Le patient a une meilleure adhésion quand il est suivi par le tabacologue* »,

« *Pour un patient qui a déjà eu un antécédent d'échec de sevrage, je trouve que c'est mieux en partenariat* ».

Un des médecins préfère cette prise en charge conjointe par rapport **au traitement par varénicline** mis en place « *car je ne connais pas bien ce médicament, et ça rassure aussi le patient* ».

2 médecins interrogés préfèrent poursuivre en partenariat car ils ne se sentent **pas à l'aise avec l'addictologie:**

« *Ce n'est pas mon truc et je n'ai pas le temps nécessaire pour faire ça seule* »,

« *Je n'aime pas l'addictologie, je ne me sens pas à l'aise, sûrement par manque de formation* ».

Enfin, un médecin avance une **vision plus pessimiste** de son métier : « *Je préfère que ce soit un spécialiste qui gère ça, et moi j'interviens au compte-goutte si besoin, de toute façon le médecin généraliste ne sert qu'à signer des papiers administratifs et à orienter les patients vers le spécialiste adéquat* ».

Deux médecins ont choisi de ne pas se prononcer sur cette question :

« *Je pense que l'arrêt du tabac n'est qu'une question de motivation, le patient n'a pas besoin de nous* ».

« Je faisais déjà du sevrage tabac si le patient le souhaite, je fais toujours le conseil minimal à chaque consultation - comme je prends la tension ou je pèse mes patients à chaque fois - mais il faut que le patient souhaite arrêter ».

40% des médecins (n=8/20) se sentent plus en capacité d'accompagner seuls un arrêt du tabac.

50% des médecins (n=10/20) préfèrent poursuivre plutôt en partenariat une aide à l'arrêt et ne se sentent pas en capacité de le faire seuls.

10% (n=2/20) ne se prononcent pas.

IV.2.7- Évolution des pratiques :

La dernière question de l'entretien demandait aux médecins : « comment ce partenariat a-t-il fait évoluer votre pratique en terme d'aide à l'arrêt du tabac ? ».

Une plus grande sensibilisation et une meilleure confiance dans l'abord du tabagisme

Plusieurs médecins expriment qu'ils se sentent plus sensibilisés à proposer une aide à l'arrêt du tabac depuis cette expérience, et se sentent plus en confiance pour le faire :

« J'ai plus d'assurance pour accompagner les patients car j'ai quelques clés pour les guider »,

« Ça m'a mise en confiance pour mieux les accompagner »,

« C'était rassurant de pouvoir joindre la tabacologue pour adapter le traitement »,

« J'ai plus envie de faire ce genre de consultation quand on sait qu'on est deux pour le faire »,

« Je pense plus à adresser en partenariat maintenant car je dois reconnaître que je ne faisais pas beaucoup de sevrage en accompagnant vraiment mon patient »,

« Je me rends compte que je fais plus attention au tabac maintenant, avant je ne me sentais pas trop concernée par ça, et j'ai une meilleure évaluation du sevrage de mon patient, j'ai un meilleur ressenti, alors qu'avant je ne me rendais pas compte de ce par quoi ils pouvaient passer pendant le sevrage. Ça m'a appris beaucoup de choses, je sais mieux quelles questions leur poser et comment les conseiller ».

Organisation de consultations dédiées

Trois médecins ont souligné le fait qu'il était appréciable et nécessaire de faire une consultation dédiée au tabac, pour tout accompagnement avec ou sans partenariat, mais ce n'est pas toujours facile :

« J'essaie dorénavant de faire une consultation dédiée mais ce n'est pas évident pour le patient de venir voir le médecin généraliste pour un seul motif »,

« J'ose maintenant plus faire une consultation tabac dédiée avec des dates précises et un calendrier »,

et le dernier de déclarer : *« J'ose plus reconvoquer le patient uniquement pour ça, mais certains sont incorrigibles et essaient toujours de nous parler d'autre chose, ce n'est pas toujours facile de recadrer ».*

Modification des pratiques sur la thérapeutique :

Beaucoup de médecins ont évoqué une évolution sur leur pratique concernant le traitement par varénicline (Champix®) face auquel ils avaient parfois une appréhension :

« Je suis plus à l'aise avec la prescription de Champix®, car j'étais un peu frileux avec tout ce qu'on a entendu dire dessus, mais je suis rassuré depuis la présentation du 15 novembre et je sais comment l'employer »,

« J'envisage beaucoup plus de prescrire le Champix®, je suis plus dans la pédagogie et l'accompagnement avec une consultation dédiée, que je ne faisais pas avant »,

« J'ai moins de méfiance envers le Champix® que je n'utilisais pas du tout, mais j'étais déjà sensible au sevrage tabac, je pose systématiquement la question du tabac à mes patients, comme pour la tension artérielle, le poids... »,

« Ça m'a permis de voir comment on utilise le Champix® et je vois que c'est efficace »,

« Je n'avais pas tellement l'habitude de ce traitement, mais c'est vrai que dans les sevrages avec patches, on est souvent obligé d'ajouter un anxiolytique, alors que là non... ».

D'autres gardent leurs réserves :

Deux médecins ont déclaré que cette expérience n'avait pas fait changer leur pratique, et deux autres estiment qu'ils n'ont pas encore assez de recul pour savoir si ce partenariat a eu un impact sur leur pratique en termes d'accompagnement à l'arrêt du tabac. Un médecin déclare qu'il ne fera *« pas plus de sevrage tabac, mais par contre j'adresserai beaucoup plus sans hésiter au tabacologue quand je vois les effets positifs que cela a eu ».*

Deux praticiens restent réservés sur l'emploi des thérapeutiques médicamenteuses orales :

« Je n'utilisais pas le Champix® et je ne l'utiliserai toujours pas car je crois que c'est un médicament dangereux »,

« Ça n'a pas fait évoluer ma pratique, je continue à prescrire des patches, je préfère adresser au tabacologue pour la mise sous Champix® ».

IV.2.8- Suggestions apportées par les médecins :

Organisation en réseau

Un des médecins suggère qu'il faudrait multiplier l'accueil en addictologie avec *« des généralistes qui y contribueraient une partie de leur temps », « il serait intéressant de créer un réseau, un peu comme avec le réseau REPPPO [Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie], avec des médecins généralistes pouvant prescrire le Champix® en 1ère intention s'ils s'inscrivent dans ce réseau, et avec un tabacologue de secteur référent ».*

Une autre a suggéré une nouvelle idée : *« après cette expérience, qui m'a plus sensibilisée au tabac, je vais ouvrir avec la mairie de Blanquefort une antenne santé [elle fait partie des élus locaux], axée sur la prévention et l'information du tabac, sans y faire de sevrage, mais pour donner les informations pour accéder aux consultations de tabacologie ».*

Amélioration des outils

Un médecin a émis l'idée que tous les cabinets médicaux se voient équipés d'un CO testeur afin de promouvoir la prise en charge de l'aide à l'arrêt (ce matériel coûtant dans les 150 euro au moins).

Un autre pense qu'une *« informatisation du dossier serait plus idéale et facilitante pour le suivi ».*

Un autre médecin propose d'émettre un livret pédagogique fourni avec le protocole : *« on a besoin d'objectifs précis pour aller droit au but et cadrer le timing de ces consultations ».*

« J'aimerais un exposé plus complet sur le dépistage, la prise en charge, les indications des thérapeutiques ».

Un médecin exprime le souhait de recevoir des carnets de traçabilité tels que celui remis par la tabacologue au patient, pour devenir lui-même actif dans la progression de sa démarche.

Valorisation de la consultation

Une des médecins interrogés insiste sur le fait qu'une valorisation de la consultation de tabacologie en médecine générale inciterait beaucoup plus les médecins à entrer dans la pratique de l'aide à l'arrêt du tabac. Elle pense que cela permettrait au patient de revenir uniquement pour ce motif, en sachant que la consultation serait prise en charge par l'Assurance Maladie.

IV.3- Perceptions exprimées par les patients sur cette expérience

Même si ce n'est pas le sujet principal de cette thèse, nous reportons dans ce travail les principaux éléments recueillis lors de l'évaluation réalisée auprès des patients, par le Dr Lajzerowicz, à 3 mois de prise en charge.

Les points positifs ressentis par les patients sur cette prise en charge conjointe étaient la **complémentarité de l'accompagnement**, d'un côté par la tabacologue, plus axé sur la transmission d'informations-clés pour le suivi, et de l'autre côté, leur médecin traitant, plutôt axé sur la connaissance approfondie du patient et de son environnement. Ceci représentait un facteur rassurant pour les patients :

« Pour que ça fonctionne, il faut que les médecins généralistes soient au fait de l'addiction au tabac, que le médecin comprenne la difficulté de l'arrêt du tabac, que ce n'est pas une simple question de volonté. Tout ce dont vous parlez au début (ce n'est pas contrôlable, les effets sur le cerveau et le psychisme) ça a été déterminant pour moi. » ;

« L'accompagnement avec le médecin est utile même si les rendez-vous sont plus brefs. Il a insisté sur le sport, mes activités de loisirs, qu'il connaissait. Le spécialiste sert de phénomène déclencheur(...)» ;

« Les échanges étaient différents avec le spécialiste et le médecin traitant, plus riches.

L'approche est complémentaire. Le médecin traitant connaît bien son patient, l'approche est globale par rapport à l'état de santé, il conforte, il renforce, il valide, il encourage, il félicite. »

Plusieurs patients ont trouvé que leur médecin semblait **plus à l'aise et sensibilisé** à la prise en charge du tabac depuis cette expérience :

« A l'évidence, cette expérience induit que le médecin se sent mieux armé pour inciter les patients à l'arrêt. Maintenant à chaque consultation il en parle, alors que pendant des années c'était plus superficiel. » ;

« Mon médecin est plus impliquée et plus sensibilisée, à chaque fois on parle du tabac même si je vais la voir pour autre chose. » ;

« Le fait que le médecin généraliste soit impliqué, ça devient plus accessible d'en parler avec elle. »

Ce double engagement auprès de deux professionnels de santé leur a également permis de se sentir **plus investis** dans cette démarche, d'autant plus qu'elle était **valorisée doublement** lors des consultations avec les différents acteurs (la valorisation était un bon élément motivationnel) :

« Démarrer avec un médecin spécialiste constitue un pacte et le suivi avec le médecin généraliste est un double engagement. » ;

« J'ai apprécié la programmation en alternance avec transport du dossier qui responsabilise le patient qui visualise sa propre démarche de l'intérieur » ;

« C'est important que les médecins aient le même discours et le même suivi et soient au fait des thérapeutiques. Le transport du dossier a été utile pour elle, je trimballais ma problématique. Mon médecin le lisait et m'interpellait sur des questions. » ;

« Mon médecin est content de voir un de ses patients qui se prend en charge sur ce plan. La réussite est valorisante pour moi. Mais manque le réflexe chez le médecin de s'enquérir du tabac, je ne l'avais pas eu pendant 25 ans ».

Plusieurs d'entre eux ont estimé que les deux premières consultations avec le spécialiste étaient importantes pour **cadre** les choses et **apporter des informations** que leur médecin généraliste ne maîtrisait pas forcément.

« J'avais besoin d'avoir les 2 (médecin et spécialiste) surtout le spécialiste au départ, car le médecin traitant n'était pas en capacité de donner les conseils et informations, il l'est plus maintenant, depuis ce partenariat. » ;

« Mon médecin n'avait pas la connaissance du traitement, c'est l'intérêt des informations transmises par le dossier. Le partenariat est important, l'effort et l'investissement ne sont pas les mêmes que si le médecin traitant est seul » ;

« J'ai été aidé par le temps de parole dédié uniquement à l'arrêt du tabac, j'avais besoin

d'être soutenu. Mon médecin avait toujours le protocole devant elle. »

Les points négatifs retenus par quelques patients concernaient le manque de coordination ville-hôpital :

« Il faudrait faciliter au maximum les échanges entre hôpital et médecin traitant, le médecin n'avait pas reçu le protocole à temps. »

Certains patients n'ont pas trouvé le soutien nécessaire auprès de leur médecin traitant et ont davantage compté sur l'accompagnement par le spécialiste.

« Je n'ai pas vu le médecin, je n'ai pas eu besoin de soutien. » ;

« J'ai ressenti une non-conviction de mon médecin, il était assez réticent. »

Plusieurs patients ont jugé important que les professionnels de santé de premiers recours soient **mieux formés à l'accompagnement à l'arrêt du tabac**, dès leur cursus universitaire.

« Il faudrait former les externes et les internes pour qu'ils connaissent tout ce dont on a parlé ici. J'ai appris beaucoup de choses qui sont obligatoires à savoir transmettre pour être bien informé. »

Des suggestions ont été exprimées sur la communication à développer sur ce type de prise en charge :

« J'avais besoin d'être reçu par un spécialiste pour le premier rendez-vous. Ce qui manque, c'est la communication autour de ce processus. Il faut diffuser la documentation comme pour le dépistage du cancer du sein »

« Il faudrait plus de publicité à faire auprès du public, que les gens sachent qu'ils peuvent être suivis aussi par leur médecin traitant s'ils ont les bases. Faire des conférences pour former les médecins et le faire savoir aux patients. Je ne l'avais pas fait auparavant parce que je ne savais pas que mon médecin pouvait me suivre également. Les gens doivent aussi savoir que le traitement est pris en charge par la sécurité sociale pour le problème de faire l'avance des frais. »

V- Discussion

V.1- Limites de l'étude

Biais de représentativité (petit échantillon)

Il s'agit d'un petit échantillon d'étude. L'inclusion des médecins concernés a été limitée à la période de septembre et octobre 2017. En effet cela représentait beaucoup de temps d'investissement pour la tabacologie, d'une part pour l'obtention systématique de l'accord préalable du médecin traitant à intégrer ce dispositif, d'autre part pour réaliser la photocopie des dossiers après le premier mois de suivi conjoint, de façon à en garder la traçabilité en prévision de l'étude.

Il s'agit bien d'un avant-projet, dont les enseignements peuvent favoriser la diffusion de la démarche sur une période plus longue et une plus grande zone géographique.

Le biais de représentativité est toutefois limité par le fait que les médecins ont été intégrés par l'intermédiaire des patients d'une part, et aussi par le fait que ces derniers ont été recrutés en série continue, au fur et à mesure des rendez-vous.

La taille de ce petit échantillon ne nous a pas permis de réaliser certains liens entre les différents résultats recueillis : par exemple, il aurait été intéressant d'établir un lien entre le sentiment de capacité du généraliste à gérer en autonomie un arrêt du tabac et le nombre de consultations réalisées (plus on pratique, plus on se sent capable), ou en rapport avec le maintien de l'abstinence de son patient (on constate la réussite de la démarche, donc on se sent plus en capacité de la reproduire avec d'autres patients). Les tests statistiques relatifs à ce genre de variables n'ont pu être appliqués en raison du trop faible nombre de sujets, mais seraient intéressants à réaliser si ce dispositif est étendu à un plus grand nombre.

Biais de sélection (secteur géographique)

Les médecins interrogés se situaient tous au sein de l'agglomération bordelaise, en milieu citadin, car les patients reçus à la consultation de tabacologie habitaient ce secteur géographique.

Ceci peut influencer les résultats : le groupe étudié est-il représentatif d'une population de médecins plus large ? L'activité citadine et la patientèle qu'elle draine est-elle comparable à la population générale ? On peut imaginer que le type d'activité (citadine ou rurale) peut modifier le niveau d'implication dans les activités de prévention.

D'autre part, les médecins impliqués étaient en majorité correspondants de l'hôpital du Bouscat donc potentiellement confiants dans la prise en charge.

Biais d'information (recueil des informations)

Les médecins ont été interrogés en face à face avec, pour chaque item, d'abord une question fermée (plusieurs choix de réponse), puis une question ouverte les invitant à

commenter leur choix et exprimer leur pensée. La doctorante a recueilli leur parole par écrit, en respectant le plus fidèlement possible les idées émises. Cependant, ce mode de recueil peut avoir constitué un frein à leur libre expression, alors qu'un enregistrement vocal de l'entretien aurait pu permettre un recueil plus fluide.

Le recueil quantitatif des données était au premier plan, afin d'évaluer leur degré de satisfaction quant à ce dispositif proposé, et a pris le pas sur la méthodologie qualitative. Il en ressort toutefois des résultats pertinents. Cette base d'évaluation est ainsi reproductible pour un éventuel élargissement du dispositif à d'autres structures de soins.

Biais de désirabilité sociale (positionnement de la doctorante)

Le biais de désirabilité sociale (79) est une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement. Il se caractérise par l'envie manifestée par le répondant de recevoir une évaluation positive auprès des personnes en contact. Il est déclenché par deux facteurs : la nature des questions (sujets sensibles et/ou très personnels) et la présence d'un enquêteur.

Ce biais est possible ici d'autant que la doctorante était en lien avec la tabacologue, directrice de thèse, et elle-même partenaire des médecins interviewés. Mais l'attitude de la doctorante a visé à favoriser et respecter la libre expression.

Adaptation du dossier partagé

Le dossier INPES-Santé Publique France de la consultation hospitalière de tabacologie a été utilisé comme support d'échanges entre la tabacologue et le médecin généraliste. Il ne paraissait pas vraiment adapté à ce dispositif. Sa conception n'a d'ailleurs pas été faite pour cela, mais il a été difficile de trouver un autre type de support : celui-ci contenait un recueil d'information important (médical, social, psychologique, voir annexe 3 page 1 à 8 que le patient remplit lui-même en amont de la consultation). Peu de place était consacrée à la traçabilité des consultations successives. Il a été depuis remanié et réédité par l'hôpital, pour gérer cet inconvénient. Ce dossier est de façon évidente trop complet dans le contexte de la médecine générale, donnant un sentiment contre-productif de complexité de la démarche. Il est plutôt prévu pour les consultations de tabacologie de second recours. Dans l'esprit, il est important de développer des outils s'intégrant dans la pratique réelle des utilisateurs.

Les médecins ayant reçu leur patient et son dossier ont tenté dans leur grande majorité de s'y adapter, puisque 19 dossiers sur les 20 qui leur ont été présentés, ont fait l'objet d'une traçabilité au moins partielle.

Par ailleurs 3 dossiers ont été égarés, dont 2 conservés par les patients non revenus et perdus de vue. C'est après la perte de 2 dossiers que la tabacologue a commencé à photocopier les dossiers lors de l'espace chronologique des consultations.

Caractéristiques de la population de médecins étudiée

Notre groupe de médecins, ayant accepté de répondre au questionnaire se répartissait de la façon suivante : 12 femmes (43%) et 16 hommes (57%), ce qui en fait un groupe relativement homogène. Cependant leur âge n'a pas été recueilli, ni leur ancienneté d'exercice.

Il ne leur a pas été demandé non plus leur statut tabagique. Ce manque d'informations peut constituer une limite de notre étude. Toutefois ces données ne pouvaient être exploitées compte tenu du faible échantillon de notre population.

Patients perdus de vue : un engagement à revoir

Certains patients ne sont pas revenus à la consultation de tabacologie et ont donc été perdus de vue en début de parcours. Ceci aurait pu être limité peut-être par un engagement écrit du patient lors de l'inclusion dans le parcours, comme cela se fait dans certaines études médicales prospectives. Cet engagement aurait porté sur l'adhésion au parcours prévu de consultations alternées. D'ailleurs, cela a été suggéré par un des médecins généralistes interrogé (§ IV.2.6) mais qui imaginait plutôt un engagement moral.

V.2- Forces de l'étude

Recueil de données auprès de tous les médecins impliqués dans le partenariat :

Tous les médecins, sauf un, ont accepté de participer à cette étude en entretien en face à face au sein de leur cabinet (seul un médecin a préféré le faire par téléphone). Les généralistes ayant participé ont donc pu rendre compte de leur expérience et leurs impressions. L'étude a ainsi pu être complète, sans perte de données.

D'autre part, le fait que les entretiens se soient déroulés au sein de leur cabinet a certainement permis aux médecins interviewés d'être plus à l'aise car ils étaient dans leur cadre habituel, avec leurs repères. Leurs réponses ne pouvaient en être que plus authentiques.

L'entretien en face-à-face permet de clarifier les questions, d'approfondir les réponses. Il paraissait indispensable, lors de notre étude, d'aller à la rencontre des médecins afin de recueillir leurs réponses ; la discussion n'en était que plus libre et plus personnalisée, plutôt que par téléphone où l'interlocuteur peut se sentir anonyme. La prise de rendez-vous permettait d'établir un espace-temps dévolu à l'entretien.

La longueur du questionnaire détermine en grande partie le taux de personnes qui accepteront d'y répondre. Il était plus facile de trouver des médecins qui acceptent de répondre en 1/4h plutôt qu'en 3/4h. Dans notre étude, il a été retenu un nombre limité de questions afin de respecter le temps accordé par le médecin (15 à 20 minutes, comme pour une consultation). Toutes les questions étaient centrées sur l'interviewé, ce qui pouvait favoriser son implication.

Le concept de Pédagogie active :

Cette transmission de compétences pratiques au cœur de cette démarche de partenariat ville-hôpital s'appuie sur le concept de **Pédagogie active**. Elle relève ainsi du même principe

que celle de la conduite accompagnée pour le permis de conduire, ou encore celle des internes en médecine.

La Pédagogie active fait partie des méthodes qui relèvent de ce que l'on nomme **l'apprentissage expérientiel**, c'est à dire « apprendre en faisant l'expérience de quelque chose ». Il s'agit d'impliquer l'apprenant dans des situations (fictives ou réelles) pour qu'il puisse utiliser ses compétences et les faire évoluer au cours de la formation (80).

L'apprentissage est un acte social qui conduit à la transformation des représentations mentales des individus. Les spécialistes de la formation affirment qu'utiliser uniquement une pédagogie transmissive conventionnelle (exposé, conférence, ...), trop orientée vers le savoir, conduit souvent à des situations d'échec. Il est donc préférable d'adopter des pédagogies plus orientées vers l'individu et qui tiennent compte de ses acquis et de ses expériences, le but étant d'aider l'apprenant à construire des compétences exploitables dans l'environnement du travail.

La relation formateur-apprenant est améliorée par :

- un scénario participatif,
- la libre expression de chacun,
- la prise de décision consensuelle,

Plus qu'un expert, le formateur doit adopter la posture du médiateur et du facilitateur.

Ainsi, le principe même de ce partenariat lui permettait surtout de faire l'expérience de la pratique de l'accompagnement à l'arrêt du tabac. Le synoptique servait de support d'aide afin d'orienter le généraliste durant la consultation.

De plus, la représentation simultanée, du contenu des consultations de la tabacologue, de la même façon que celle des médecins traitants, visait à placer la spécialiste au même niveau qu'eux et non pas en « autorité enseignante ».

Le fait que le patient réalise les 2 consultations initiales du parcours avec la tabacologue lui permettait de recevoir de nombreuses informations, comme nous avons pu le constater, en suivant plusieurs consultations avec elle.

Ces informations portaient sur une appropriation des concepts de la maladie addictive, sur l'impact du tabagisme sur le psychisme et les motivations à fumer, sur la chronologie du suivi proposé et la cinétique prévisible de progression. Le patient était également informé des différentes thérapeutiques, de leur fonctionnement, leurs avantages et inconvénients, ainsi que des aides possibles pour la gestion du craving.

Le patient se faisait ensuite vecteur d'informations qu'il transmettait à son médecin traitant. Beaucoup de médecins ont estimé avoir appris de nombreuses notions par l'intermédiaire de leur patient. Cette relation tripartite faisait donc partie intégrante de l'impact pédagogique de ce dispositif.

V.3- Interprétation des résultats

Efficacité du dispositif

14 patients sur 31, soit 45 % ont pu maintenir leur arrêt du tabac au moins 6 mois.

Parmi eux, 12 ont bénéficié du suivi alterné, 2 ont finalement effectué un suivi exclusif avec la tabacologue. Ces chiffres sont à comparer à la moyenne des arrêts de tabac de plus 6 mois retrouvés dans les études que nous avons à notre disposition, avec un taux d'environ 30 à 36% d'abstinence à 6 mois dans les accompagnements avec soutien thérapeutique, que ce soit avec la varénicline ou les substituts nicotiniques (81). Ce dispositif s'avère donc intéressant sur le plan de son efficacité, sans toutefois pouvoir en tirer de conclusion statistique. Même une abstinence à 1 ou 3 mois avant la rechute est une réussite car l'on sait que **plus un patient fait l'expérience de l'arrêt, plus les futures tentatives ont une chance d'aboutir.**

L'extension de cette démarche sur un plus grand nombre pourra apporter des conclusions plus solides.

Satisfaction globale des médecins au regard du maintien de l'abstinence de leur patient

Il a été intéressant d'observer conjointement le taux de satisfaction des médecins ayant réalisé le suivi et la réussite de l'arrêt du tabac de leurs patients.

Parmi les 12 médecins dont les patients ont réussi à maintenir leur abstinence à 6 mois, 11 ont répondu positivement (clairement oui ou plutôt oui) aux questions sur la motivation à participer au partenariat, sur l'aide ressentie, sur l'organisation du dispositif et sur le souhait de renouveler ce partenariat. 1 seul médecin a émis un avis négatif sur ces questions. Concernant leur sentiment de capacité à gérer en autonomie un futur arrêt du tabac, seulement 4 d'entre eux se sentent en capacité, 7 médecins préfèrent poursuivre en partenariat et 1 seul ne se prononce pas.

Parmi les 2 médecins dont les patients ont maintenu leur abstinence jusqu'à 3 mois, 1 seul a répondu positivement à toutes les questions et se sent en capacité de gérer seul une aide à l'arrêt du tabac, tandis que l'autre est plus mitigé dans ses réponses et ne se prononce pas quant au souhait de renouveler l'expérience.

Concernant les 3 médecins dont les patients ont maintenu leur abstinence 1 mois, ils étaient tous les 3 motivés sur le principe et souhaitaient renouveler l'expérience, mais ils étaient plus mitigés sur l'aspect organisationnel du dispositif.

Enfin, concernant les 3 médecins dont les patients ont échoué dans leur tentative d'arrêt, 1 seul des médecins en a gardé un ressenti positif, tandis que les 2 autres n'en ont pas éprouvé de bénéfiques et ne souhaitent pas forcément renouveler ce type de prise en charge.

Ainsi, dans la limite de ce petit échantillon, on peut penser que les médecins généralistes ont gardé d'autant plus le souvenir d'une expérience positive, que leur patient a réussi à maintenir son abstinence sur la durée. Les réponses au questionnaire parlant d'elles-mêmes, il ne nous paraissait pas assez pertinent de réaliser un test statistique mettant en évidence un lien entre le maintien de l'abstinence du patient et la satisfaction du médecin sur

cette expérience, d'autant plus que la taille de l'échantillon n'est pas assez conséquente, et les sous-groupes de réponses sont trop déséquilibrés. Toutefois il serait intéressant de se reposer la question sur une plus large échelle.

Période de réalisation de l'expérimentation

Le moment choisi pour réaliser l'initiation de cette expérience, durant l'automne-hiver 2017, c'est-à-dire en période d'épidémie saisonnière, était peut-être une des raisons pour lesquelles certains suivis du calendrier n'ont pu être tenus. En effet certains médecins ont exprimé le fait que le nombre de consultations était trop important dans un agenda déjà surchargé à cette période, ce qui les rendait peu disponibles pour leurs patients en cours de sevrage.

En effet cette première expérience a pu les amener à une modification des pratiques habituelles, ressentie comme contraignante. Avec le renouvellement de ce type de prise en charge, le suivi pourrait être vécu plus facilement à l'avenir.

Par ailleurs, on remarque à 3 mois une baisse du maintien de l'abstinence, ce qui correspond également aux périodes de fêtes de fin d'année, le contexte festif ayant pu être un facteur de rechute (même si le mois de janvier est souvent celui des bonnes résolutions).

Cette hypothèse est confortée par l'observation d'un relatif maintien des taux d'abstinence à 6 mois pour les patients ayant « surmonté » cette période.

Critères d'inclusion des patients

Les cas d'échec précoce de sevrage concernent surtout les patients ayant une **double problématique addictive**, en l'occurrence alcool-tabac pour 5 d'entre eux. En effet, ces patients étaient addicts à l'alcool au moment de leur inclusion ou ont arrêté le suivi conjoint suite à leur rechute dans cette addiction, ce qui peut faire penser que lorsqu'il existe une co-addiction, cette prise en charge partagée n'est pas vraiment adaptée.

Les patients ayant le mieux réussi dans leur maintien de l'abstinence présentaient une addiction isolée au tabac. Nous avons d'ailleurs vu précédemment (§ II.1) que l'alcool (ou toute autre substance addictive) joue un rôle dans le maintien des co-addictions (29, 30).

Suivi du parcours et maintien de l'abstinence

Plus le calendrier de consultations dévolues au médecin généraliste était suivi, plus le taux de réussite de l'abstinence était important : pour 12 maintiens d'abstinence à 6 mois après un suivi alterné, 8 avaient réalisé le calendrier complètement (5Cs/5) ou presque (4Cs/5). Ceci renforce donc bien l'idée qu'un **suivi régulier est nécessaire** lorsqu'une démarche d'arrêt du tabac est initiée (plusieurs études l'ont déjà démontré, cf. § V.4). Ce constat est appuyé par le test de corrélation de Spearman qui retrouve un résultat statistiquement significatif ($r=0,658$ et $p<0,0001$). Cependant, on peut évoquer ici un biais de perdus de vue qui pourrait surestimer le résultat : on peut penser que les patients qui échouent dans leur arrêt ne reviennent pas ou moins en consultation de suivi car ils n'en voient pas l'intérêt, par rapport à ceux qui poursuivent leur abstinence.

Quant aux patients qui ont réalisé des consultations alternées, ils se sont sentis **accompagnés et doublement encouragés** dans leur démarche. Ils ont également souligné l'approche complémentaire qui leur paraissait indispensable. Leur implication pouvait aussi être potentialisée par le transport de leur propre dossier, qu'ils pouvaient consulter pour prendre conscience de leur parcours.

Tout ceci a pu favoriser l'alliance thérapeutique entre les 3 parties (patient, tabacologue, médecin traitant).

Réponses apportées par ce dispositif aux difficultés exprimées par les généralistes à mener un accompagnement à l'arrêt du tabac

Les freins exprimés par notre groupe de 28 médecins interrogés sont fréquemment retrouvés dans plusieurs thèses de Médecine Générale sur le tabagisme (Piardon 2007, Cliquennois 2017, Alvarez 2018) (82 ; 70 ; 83). L'adhésion des médecins à proposer une aide à l'arrêt est variable selon le type d'obstacle rencontré. La thèse de Médecine Générale de P. Alvarez (2018) plus récemment et sur un large échantillon de 234 médecins relate 3 obstacles principaux : le manque de temps (81,2%), le manque de formation (62%) et l'attente d'une demande émanant du patient (89,1%).

L'introduction de ce dispositif permettrait donc au médecin d'être en situation de répondre à son patient puisque celui-ci arriverait en demande de suivi depuis la consultation de tabacologie, après initialisation de la démarche.

Prendre en charge un patient ayant une addiction peut paraître chronophage, de par le temps de consultation qui est nécessaire à accorder et le suivi régulier que cela entraîne. Les médecins généralistes accusent également une charge administrative trop lourde au quotidien. Les recommandations issues du projet PESCE (72) font état de la nécessité de réduire le poids administratif des généralistes (recommandation n°8) afin de libérer du temps pour effectuer, entre autres, les actes de prévention. Travailler en partenariat permettrait de faire **gagner en qualité de prise en charge** pour son patient, et pourrait **alléger une partie de la charge de travail en diminuant la morbidité liée au tabac**.

D'après une enquête européenne de 2007 (84), 82% des fumeurs européens n'ont pas consulté de médecin ni de professionnel de la santé lors de leur dernière tentative pour arrêter de fumer. Les médecins généralistes se trouvent coincés entre deux réalités : celle du patient qui considère que c'est à lui seul de gérer son tabagisme et celle de l'autorité de santé publique qui recommande aux médecins d'intervenir systématiquement auprès des patients en faveur de l'arrêt du tabac. Dans ce contexte, les médecins généralistes peuvent éprouver des difficultés à définir leur rôle et à se positionner face au patient. Il en découle qu'ils attendent parfois que la demande vienne du patient. D'autres attendent la survenue d'une pathologie secondaire au tabac pour aborder le sujet, car ils ont le sentiment de faire alors acte d'ingérence (85). Une étude européenne menée sur 12 pays (86) retrouve que seulement un tiers des professionnels de santé pratiqueraient de façon systématique le conseil minimal auprès de leurs patients, c'est dire les progrès à faire dans ce domaine.

Les médecins ne sont pas venus à la soirée de formation proposée

Les médecins participants à ce dispositif ont été conviés le mercredi 15 novembre 2017 à une soirée de formation autour de ce partenariat et de la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabac. Plus de 300 invitations ont été lancées aux médecins exerçant en ville ainsi qu'aux médecins de l'hôpital du Bouscat. 45 médecins étaient finalement présents ce soir-là dont 5 médecins faisant partie du dispositif (alors qu'une dizaine d'entre eux s'y étaient inscrits).

On peut se demander pourquoi les médecins généralistes n'ont pas participé à cette soirée alors que justement, l'argument du manque de formation est un frein exprimé à proposer une aide à l'arrêt du tabac à ses patients. Manque de temps après une journée de travail chargée ? Programmation de la rencontre en milieu de semaine ?

D'après un rapport publié par la DREES (Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) en 2016 (87), il semblerait que les médecins généralistes déclarent consacrer 13 demi-journées en moyenne par an au versant formation de leur activité – une partie pouvant avoir lieu au sein de leur cabinet, d'après des données collectées en 2011 sur l'emploi du temps de ces médecins : 10% y ont consacré au maximum une demi-journée (ou soirée) dans l'année, et 10% trente demi-journées ou plus.

Cette présence faible des médecins, pourtant concernés, va de toute façon dans le sens d'une **modification des modalités de formation** à proposer aux praticiens, telle que cette démarche les impliquant de façon concrète (concept de pédagogie active).

V.4- Synthèse des enseignements

On peut donc, à ce jour, tirer plusieurs enseignements essentiels de ce retour d'expérience fait par les médecins traitants sur cette prise en charge conjointe dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Tout d'abord, on retient qu'un **suivi programmé** semble pouvoir optimiser les chances de parvenir à l'abstinence. Ainsi, l'évaluation réalisée en 2017 sur 5 années de la consultation de tabacologie de l'hôpital du Bouscat utilisant déjà cette méthodologie de suivi, avait pu montrer 60% d'arrêts de plus de 6 mois (76). Cette planification des consultations s'est faite cette fois en alternance entre la tabacologue et le médecin traitant, et engendré un taux de réussite à 6 mois de 45% sur les 31 patients inclus. La continuité du suivi dans l'aide à l'arrêt du tabac a souvent montré son importance et son efficacité dans la prise en charge des patients fumeurs et leur maintien de l'arrêt (88, 89). Ce taux de 45% inclut les abandons précoces de 6 patients, dont 5 polyaddicts. Si ces 5 patients avaient été retenus en prise en charge exclusive par la tabacologue, le résultat serait de 54% (n=14/26), voire même de 60% (n=12/20) si on ne compte que les patients ayant consulté leur médecin.

En effet, les patients présentant une double problématique addictive ne paraissent pas éligibles à ce type de prise en charge qui doit être plus spécialisée, le cadre de suivi étant plus complexe. Le maintien de l'abstinence est plus accessible si le patient présente un profil «simple», mono-addictif.

D'autre part, les retours de cette expérience ont montré qu'elle pouvait être utile pour **former et sensibiliser** davantage les médecins généralistes à la prise en charge du tabagisme de leurs patients. Les praticiens ont notamment compris l'intérêt de faire revenir leur patient pour une **consultation dédiée** au tabac, sans que d'autres motifs de consultation ne se rajoutent.

On peut ajouter à cela les **représentations** des médecins qui ont pu se modifier à la suite de cette expérience. D'abord sur leur ressenti concernant les consultations de tabacologie qu'ils pouvaient trouver chronophages, complexes ou encore inefficaces : les médecins ont été satisfaits de pouvoir réaliser une consultation de suivi tabacologique dans le temps imparti d'une consultation habituelle, même si pour certains ce suivi leur paraissait un peu lourd, notamment en période hivernale. D'autre part, la plupart d'entre eux se sont sentis à l'aise dans cette prise en charge, en grande partie grâce au protocole transmis et à la formation qu'il leur a apporté. Cela leur a permis de dépasser leurs appréhensions voire leurs réticences à mener une aide à l'arrêt du tabac. Enfin, les patients ayant effectué assidument leur suivi avec leur généraliste et ayant réussi leur maintien de l'abstinence ont pu démontrer à leurs médecins que cette prise en charge pouvait être efficace si tous les acteurs s'investissaient en pratique. On se rend donc bien compte qu'il persiste de nombreuses représentations erronées chez les médecins qu'il faut essayer de changer, notamment en proposant de **nouvelles façons de se former et d'accompagner les patients**.

V.5- Perspectives

De ce travail nous retenons **quatre pistes de réflexion** : la valorisation de la prise en charge du tabagisme par les médecins de premier recours, la place de cette expérience dans l'évolution actuelle du système de santé, et la question de la transférabilité de ce dispositif. Nous verrons aussi l'élargissement de ce dispositif auprès d'autres professionnels de santé.

Valorisation d'une priorité de santé publique

Cette question de la valorisation de ce type de consultation a été abordée durant les discussions lors des entretiens par certains médecins. Cela pourrait constituer un signal important pour promouvoir auprès des généralistes la pratique de l'aide à l'arrêt du tabac.

La Convention Médicale de 2016 (90) a revalorisé 3 types de consultations pour les médecins généralistes, prises en charge à 100% au titre des **actions de santé publique**. Il s'agit de la consultation de Contraception et prévention (pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, applicable une seule fois), de la consultation Suivi de l'obésité (pour le suivi et la coordination des enfants de 3 à 12 ans à risque avéré d'obésité, applicable 2 fois/an) et de la Consultation obligatoire de l'enfant (pour les 3 examens obligatoires donnant lieu à un certificat, au 8ème jour, à 9-10 mois et à 24-25 mois).

La question se pose de comprendre pourquoi n'a pas été proposée une valorisation de la consultation de prise en charge du tabagisme, au regard de la priorité consacrée à la lutte contre le tabagisme affichée par le Ministère de la Santé depuis 2 ans (cf. § II.3), (65). Tout

récemment, celui-ci a diffusé en février 2018 son **Plan de stratégie de transformation du système de santé** (91) qui annonce, en matière de prévention, **la priorité donnée à la lutte contre le tabagisme**, et aux vaccinations. Le tabagisme concernant presque un tiers des français adultes, on imagine cependant le coût énorme qu'aurait cet engagement. Ce coût serait immédiat, alors que les bénéfices liés à l'arrêt du tabac sont plus progressifs. On peut imaginer que c'est plus aux médecins d'utiliser le système actuel en multipliant les consultations courtes (une consultation d'un quart d'heure, bien menée, chaque semaine a des chances d'être plus efficace qu'une par mois d'une heure à un tarif plus élevé).

Une expérience innovante à développer

Ce Plan de stratégie de transformation du système de santé évoqué ci-dessus encourage également à « lancer des expérimentations territoriales visant à proposer des modèles d'organisation totalement nouveaux, **transcendant les clivages actuels ville-hôpital** ».

Le système de santé apparaît actuellement cloisonné, segmenté, prévu pour la prise en charge d'épisodes et non de parcours. Il est plus axé sur l'offre de soins que sur la prévention et la promotion de la santé (92). Le gouvernement a lancé de nouvelles mesures pour ré-axer les politiques de santé autour de ces deux thèmes comme nous l'avons vu au paragraphe II.3.

En 2016, le Ministère de la Santé (93) présentait en projet les 3 champs d'action pour l'innovation en santé : l'innovation diagnostique et thérapeutique, l'innovation technologique et numérique, et enfin **l'innovation organisationnelle**, concernant les nouveaux modes d'exercice et de prise en charge, et le **parcours de soins coordonné**. En février 2018 a été présenté le décret (94) précisant les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations et leurs financements (article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale 2018). Seront éligibles les expérimentations portant notamment sur la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins.

Dans la même ligne, le projet « **Hôpitaux promoteurs de santé** » constitue aussi une véritable évolution culturelle en intégrant dans ses objectifs la prévention et la promotion de la santé dans la prise en charge sanitaire des personnes (95).

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine (96) a présenté dans sa politique régionale de santé (PRS) un **soutien à l'innovation en santé**. En juillet 2018, a été présenté par l'ARS son nouvel Observatoire Régional de l'Innovation en Santé (ORIS) (97) qui fait la promotion de démarches innovantes et exemplaires en santé. L'appel à projet met en avant la faisabilité, la reproductibilité, le caractère innovant et l'efficacité (augmenter la qualité de soin et baisser les coûts).

Cette expérience, objet de notre travail, n'avait pas été réalisée antérieurement sur le territoire national (voir chapitre I-Contexte), a ainsi été retenue par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, qui va soutenir son développement dès l'automne, **auprès des autres consultations hospitalières d'addictologie**, sous l'égide d'AGIR33 (98), association de prévention en addictologie, coordonnée par le Professeur Castéra. Cette structure à vocation régionale soutient de nombreuses actions de terrain de prévention des addictions, sur un plan pédagogique, méthodologique et organisationnel.

Il est à noter que le **Conseil National de l'Ordre des Médecins** soutient le dispositif national d'innovation en santé (99), en proposant aux médecins de tous les territoires de communiquer leurs actions dans ce domaine, ce qui sera fait pour celle-ci.

Dans un rapport (100), la **Fédération Hospitalière de France** présente quelques pistes pour **renforcer le lien ville-hôpital**, avec l'implication des compétences hospitalières dans la mobilisation de la médecine de ville. La thématique du **décloisonnement** et de la coopération ville-hôpital est au cœur de cette politique de transformation. L'ambition est de construire un parcours de santé simplifié, facilité et cohérent pour le patient, coordonné entre les professionnels de ville et l'hôpital public, afin de **replacer le patient au centre du parcours de soins**.

Transférabilité de ce dispositif

Les résultats positifs de notre étude encouragent à élargir son application. De plus, les liens entre fréquence du suivi, efficacité de l'intervention d'aide à l'arrêt et satisfaction des médecins pourraient être mieux établis si l'on parvient à une large diffusion de ce dispositif de prise en charge conjointe.

Ces dernières années ont vu se développer de nouveaux concepts en ce qui concerne la promotion de la santé en France. C'est le cas de la notion de **transférabilité des interventions** dans ce domaine (101, 102) : il s'agit de la **reproduction** non seulement de la mise en œuvre d'une **intervention, mais aussi de ses résultats**, dans un nouveau contexte, au-delà de la population d'étude.

La transférabilité des interventions pose la question de la comparabilité entre le contexte où a été mise en œuvre l'intervention initiale et le contexte où elle sera reproduite. Il est notamment nécessaire de s'interroger sur les différences en termes de prévalence du problème de santé, de caractéristiques des populations (en termes socioéconomique notamment), et de contexte politique, organisationnel, de ressources humaines et matérielles, ainsi que sur l'impact potentiel de ces différences sur l'efficacité de l'intervention reproduite. La transférabilité implique également un travail de **description fine** de l'intervention initiale, afin de tenter de distinguer les éléments potentiellement transférables pouvant être traduits de manières différentes selon les contextes.

Cela passe par l'évaluation du processus même de l'intervention, donc comprendre « la boîte noire » :

- La fidélité et la qualité de la mise en œuvre : comment l'intervention a été délivrée et qu'est-ce qui a été délivré?
- Les mécanismes de l'effet reliant les actions aux résultats: clarification des mécanismes, explication de la chaîne des causalités.
- Les facteurs contextuels : comment le contexte dans lequel l'intervention est délivrée affecte à la fois la mise en œuvre et l'atteinte des résultats (101).

Cette expérience pourrait donc être transférable à d'autres services d'addictologie hospitalière, sous réserve d'approfondir les mécanismes mis en œuvre, et de travailler sur les contraintes prévisibles, essentiellement représentées par les pratiques des addictologues, et

l'hétérogénéité de celles-ci. Il s'agit d'un gros travail qui devra s'appuyer sur des structures de recherche fondamentale, telle que le nouveau Pôle de Prévention de Promotion de la Santé, mis en place sous la responsabilité du Professeur François Alla, au CHU de Bordeaux.

Vers une coopération entre professionnels de santé

Lancé en 2004 dans les Deux-Sèvres, le protocole ASALEE (Action de santé libérale en équipe) s'est ensuite déployé dans la plupart des régions de France et propose une délégation des tâches entre médecins généralistes et infirmiers (103). Dans les cabinets libéraux participants, les généralistes, associés à des infirmiers délégués à la santé, mènent des actions de prévention principalement auprès de patients atteints de maladies chroniques. Depuis 2014, il est financé par l'Assurance maladie au titre des **coopérations entre professionnels**. Une des missions du dispositif ASALEE est, entre autres, le suivi du patient tabagique à risque de BPCO. On rappelle ici que les infirmiers ont également la possibilité depuis novembre 2017 de prescrire des substituts nicotiques, qui seront alors pris en charge par l'Assurance maladie.

Il apparaît donc intéressant d'inclure progressivement dans notre dispositif une coopération plus élargie entre professionnels de santé. Les médecins participants à ce partenariat bénéficient d'une formation dans l'aide à l'arrêt du tabac, qu'ils peuvent ensuite **transmettre aux infirmiers** et ainsi alléger leur charge de travail en répartissant éventuellement les consultations de suivi. Le suivi est également possible lorsque les patients sont traités par varénicline, spécialité soumise à prescription médicale stricte. On retrouverait ici le concept de pédagogie active ou de tutorat entre médecins et infirmiers, afin de proposer encore de nouvelles façons d'accompagner les patients dans leur arrêt du tabac.

VI- Conclusion

A l'heure où la lutte contre le tabagisme est mise en exergue dans les nouvelles politiques de santé en France, il est nécessaire de proposer aux patients une évolution des prises en charge afin d'optimiser toutes les chances d'accession à l'arrêt du tabac et à son maintien.

Ce dispositif de partenariat ville-hôpital pour l'arrêt du tabac, expérimenté en septembre et octobre 2017, incluait 30 médecins généralistes et leurs patients. Les retombées sont intéressantes d'une part sur l'efficacité de cette prise en charge partagée entre tabacologue et médecins de soins premiers et d'autre part sur le retour d'expérience recueilli auprès des praticiens en entretiens directs. Ceux-ci se sont sentis accompagnés, soutenus, mais ont également pu bénéficier d'une formation concrète sur l'aide à l'arrêt du tabac. Ils se disent en majorité maintenant plus sensibilisés et souhaitent pour la plupart renouveler ce type de prise en charge dans laquelle ils sont directement inclus. Certains se sentent même désormais aptes à gérer en autonomie l'accompagnement de leurs patients. Ils ont aussi exprimé de nombreuses suggestions pratiques visant à optimiser à cette nouvelle modalité d'exercice.

Leurs patients ont aussi exprimé leur satisfaction, avec un sentiment de soutien doublement présent et une réassurance dans leur démarche. En témoigne le taux du maintien de l'abstinence à 6 mois.

Ce dispositif apparaît comme un nouveau moyen efficace pour aider les patients dans leur démarche, et d'autant plus intéressant qu'il recentre le médecin généraliste dans ce parcours en lui attribuant pleinement son rôle d'acteur majeur en soins premiers. Il reste à développer l'organisation proposée sur un territoire plus large afin de confirmer son intérêt en termes de santé publique. Ce déploiement soutenu par l'ARS est prévu à partir de l'automne 2018 sous l'égide de l'association Agir 33 Aquitaine.

Bibliographie

1. Santé Publique France. Tabagisme en France : 1 million de fumeurs quotidiens en moins. Actualités [Internet]. Santé Publique France. [cité le 28 mai 2018]. Disponible sur : <http://santepubliquefrance.fr/Actualites/Tabagisme-en-France-1-million-de-fumeurs-quotidiens-en-moins>
2. Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2016;(30-31):528-40.
3. Kopp P. Le coût social des drogues en France. [Internet]. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Décembre 2015. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf>
4. Institut National du Cancer. (mise à jour le 27/10/2017). Fractions de décès attribuables au tabagisme selon la localisation cancéreuse. Disponible sur : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Prevention-facteurs-risque/Le-tabac/Tabac-et-risque-des-cancers/Fractions-des-deces-attribuables-au-tabagisme-selon-la-localisation-cancereuse>
5. Trimble CL, Genkinger JM, Burke AE, et al. Active and Passive Cigarette Smoking and the Risk of Cervical Neoplasia. *Obstetrics and gynecology*. 2005;105(1):174-181.
6. Kurian AW, Balise RR, McGuire V, et al. Histologic types of epithelial ovarian cancer: have they different risk factors?. *GynecolOncol*. 2005 Feb;96(2):520-30.
7. Rieken M, Shariat SF, Kluth LA et al. Association of Cigarette Smoking and Smoking Cessation with Biochemical Recurrence of Prostate Cancer in Patients Treated with Radical Prostatectomy. *EurUrol*. 2015 Dec;68(6):949-56.
8. Taylor R, Najafi F, Dobson A. Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effects of study type and continent. *Int J Epidemiol*. 2007;36:1048-59.
9. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364(9438):937-52.
10. Haute Autorité de Santé. Dépistage du tabagisme et prévention des pathologies liées au tabac. Janvier 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf
11. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet* 2010;376(9735):112- 23.
12. Primates P, Falaschetti E, Gupta S, et al. Association between smoking and blood pressure: evidence from the health survey for England. *Hypertension*. 2001 Feb;37(2):187-93.
13. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins BPCO. Juin 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_bpco_finale.pdf

14. Burke H, Leonardi-Bee J, Hashim A, et al . Prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and wheeze: systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2012; 129:735-44.
15. Underner M, Perriot J, Peiffer G, et al. Influence du tabagisme sur le risque de développement de l'asthme. *Revue des Maladies Respiratoires*. Février 2015;32:110-37.
16. Kashyap R, Hock LM, Bowman TJ. Higher prevalence of smoking in patients diagnosed as having obstructive sleep apnea. *Sleep and Breathing*. 2001
17. Boutigny H, Boschin F, Delcourt-Debruyne E. Maladies parodontales, tabac et grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Avril 2005;34:74-83.
18. Eriksson J, Ekerljung L, Sundblad B-M et al. Cigarette smoking is associated with high prevalence of chronic rhinitis and low prevalence of allergic rhinitis in men. *Allergy*. 2013;68:347-54.
19. Ndiaye M, Ndir M, Quantin X, et al. Habitudes de fumer, attitudes et connaissances des étudiants en médecine de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Dakar, Sénégal. *Revue Maladies Respiratoires*. 2003 ; 20 : 701-9.
20. Will JC, Galuska DA, Ford ES, et al. Cigarette smoking and diabetes mellitus: evidence of a positive association from a large prospective cohort study. *International journal of Epidemiology*. 2001.
21. Burke A, Fitzgerald GA. Oxidative stress and smoking-induced vascular injury. *Progress in CardiovascularDiseases*. 2003.
22. Eliasson B. Cigarette smoking and diabetes. *Progress in CardiovascularDiseases*. 2003.
23. Chiolero A, Jacot-Sadowski I, Faeh D, et al. Association of cigarettes smoked daily with obesity in a general adult population. *ObesitySilverSpring*. 2007.
24. Asvold BO, Bjoro T, Nilsen TI, et al. Tobacco smoking and thyroid function: a population-based study. *Archives of InternalMedicine*. 2007 ; 167 : 1428-32.
25. Müller B, Zulewski H, Huber P, et al. Impaired action of thyroid hormone associated with smoking in women with hypothyroidism. *New England Journal of Medicine*. 1995;333:964-9.
26. Holm IA, Manson JE, Michels KB, et al. Smoking and other lifestyle factors of Graves' hyperthyroidism. *Archives of InternalMedicine*. 2005;165:1606-11.
27. McClave AK, Dube SR, Strine TW et al. Associations between smoking cessation and anxiety and depression among U.S. Adults. *Addictive Behaviors*. 2009 Jun. 34(6-7): 491-7.
28. Mykletun A, Overland S, Aaro LE et al. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. *European Psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2008 Mar;23(2):77-84.
29. Errard-Lalande G. L'accompagnement au sevrage tabagique. *Revue des Maladies Respiratoires*. Décembre 2005;22:15-26.

30. Patton GC, Coffey C, Carlin JB et al. Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction*. 2005 Oct;100:1518-25.
31. Augood C, Duckitt K, Templeton AA. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*. 1998;13:1532-9.
32. Waylen AL, Metwally M, Jones GL, et al. Effects of cigarette smoking upon clinical outcomes of assisted reproduction: a meta-analysis. *Human Reproduction Update*. 2009;15(1):31-44.
33. Castles A, Adams EK, Melvin CL, et al. Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *American Journal of Preventive Medicine*. 1999;16:208-15.
34. Jamin-Paris C. Tabac et contraception. *Contraception, collège abrégés de médecine*, 4ème édition. Masson. 2011.
35. Further analyses of mortality in oral contraceptive users. Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Lancet*. 1981;1:541-6.
36. Spector JT, Khan SR, Jones MR et al. Migraine headache and ischemic stroke risk: an update meta-analysis. *Am J Med* 2010;123:612-624
37. Hui M, Doherty M, Zhang W. Does smoking protect against osteoarthritis? Meta-analysis of observational studies. *Annals of the rheumatic diseases*. 2011 Jul;70:1231-7.
38. Underner M, Hadjadj S, Beauchant M et al. Effets du tabagisme sur la thyroïde, le tube digestif, le rein et l'os. *Revue des Maladies Respiratoires*. Déc 2008;25:1261-78.
39. Garelik D. Patients with HIV infection and medicated with protease inhibitors : smoking increases cardiovascular risk. *La Lettre du cardiologue* 2008;419:16-20.
40. Trosini-Desert V, Germaud P, Dautzenberg B. Exposition à la fumée de tabac et risque infectieux bactérien. *Revue des Maladies Respiratoires*. Juin 2004;21:539-47.
41. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, et al. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet*. 2002 Jan 12;359:114-7.
42. Office français de prévention du tabagisme, Association française de chirurgie, Société française d'anesthésie et de réanimation. *Tabagisme péri opératoire. Conférence d'experts*. Paris. 2005.
43. Bain CA, Moy PK. The association between the failure of dental implants and cigarette smoking. *The International Journal of oral and maxillofacial implants*. 1993 ;8(6) :609-15.
44. Mahid SS, Minor KS, Soto RE, et al. Smoking and inflammatory bowel disease: a meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*. 2006;81:1462-71.
45. Costenbader KH, Feskanich D, Mandl LA, et al. Smoking intensity, duration, and cessation, and the risk of rheumatoid arthritis in women. *American Journal of Medicine*. 2006;119:503.
46. Lasoudris-Laloux J. Plaidoyer du rhumatologue pour l'arrêt du tabac. *Journal International de Médecine*. Février 2012.
47. Fromont A. Tabac et Sclérose en plaques. *Le courrier de la SEP*. Novembre 2011;129:5-7.

48. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé – Ministère des Sports – Club des cardiologues du sport. Argumentaire scientifique. [Internet]. Disponible sur: http://www.clubcardiosport.com/regles-d%27or/argu_scientifique.pdf
49. Barre M. Sport et Tabac. Institut Régional de la Médecine du Sport et de la Santé. Décembre 2015. [Internet]. Disponible sur : <http://www.institut-medecine-sport.fr/sport-et-tabac/>
50. Guide OMS - Organisation Mondiale de la Santé. Le rôle de professionnels de santé dans la lutte anti-tabac. Comment lutter contre l'épidémie de tabagisme. Journée Mondiale Sans Tabac. 31 mai 2005.
51. HAS - Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonnes pratiques . Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Octobre 2014.
52. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National de Réduction du tabagisme 2014-2019 – Rapport annuel 2017. Plan cancer 2014-2019 – Objectif 10. [Internet]. 2017. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_pnrt_2017.pdf
53. Legifrance.gouv.fr. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Journal Officiel du 27 janvier 2016. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo>
54. Legifrance.gouv.fr. Code de la Santé Publique. Article L4130-1. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>
55. Druais PL. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. Rapport Mars 2015. [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
56. AFSSAPS - Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Mai 2003.
57. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Programme National de Réduction du Tabagisme. Dossier de presse. 25 septembre 2014. [Internet]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/250914_-_Dossier_de_Presse_-_PNRT_2_.pdf
58. Buzyn A, Darmanin G. Modalités de mise en place de la hausse de la fiscalité du tabac – Communiqué de presse. Paris. 20 septembre 2017. Disponible sur : <http://proxypubminefi.diffusion.finances.gouv.fr/pub/document/18/22699.pdf>
59. Assurance Maladie Améli.fr. Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiques ? [Internet]. 25 mai 2018. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/pyrenees-orientales/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiques>
60. Comité interministériel pour la Santé. Priorité Prévention – Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Dossier de presse. 26 mars 2018. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece->

[jointe/2018/03/dossier_de_presse_-](#)

[_priorite_prevention_rester_en_bonne_sante_tout_au_long_de_sa_vie.pdf](#)

61. Legifrance.gouv.fr. Arrêté du 9 mai 2018 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux. Journal Officiel de la République Française du 16 mai 2018. [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=EB38DF2B1FE5AF7AD9F30B5CBE43E08.tplgfr30s_2?cidTexte=JORFTEXT000036911291&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000036910993
62. Assurance Maladie Améli.fr. La prise en charge du sevrage tabagique. 25 mai 2018. [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/pyrenees-orientales/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/prise-en-charge-sevrage-tabagique>
63. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence – Avis. Varénicline. 9 novembre 2016. [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-14982_CHAMPIX_PIC_INS_Avis3_CT14982.pdf
64. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Arrêté modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux. Journal Officiel de la République Française. 27 avril 2017. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034493039
65. Ministère des Solidarités et de la Santé. Lutte contre le tabagisme – Point d'étape. Priorité Prévention. 28 mai 2018. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180528_-_dossier_de_presse_-_tabac_.pdf
66. Guignard R, Richard JB, Pasquereau A, et al; le groupe Baromètre santé 2017. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017. Bull EpidemiolHebd. 2018;(14-15):298-303. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_6.html
67. Guignard R, Andler R, Pasquereau A, et al. Apports et limites des post-tests pour évaluer les campagnes média : l'exemple de Mois sans tabac. Bull EpidemiolHebd. 2018;(14-15):304-9. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_7.html
68. Centre hospitalier Charles Perrens Bordeaux. Addictologie. [Internet] Les structures du service Addictologie. Disponible sur : <http://www.ch-perrens.fr/addictologie>
69. Convention de partenariat pour la mise en place d'entretiens de sensibilisation à l'arrêt du tabac. Communauté de l'Agglomération Havraise et Réseau Havrais d'Aide aux Fumeurs. 2011-2013.
70. Cliquennois S. Difficultés du médecin généraliste à la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique. [Thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine]. Dijon : Université de Bourgogne ; Juin 2017.
71. Rasson C. Arrêter de fumer : un choix personnel à soutenir en médecine générale. La Revue de la Médecine Générale. Avril 2010 ;272 :140-1.

72. PESCE (General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe). Rapport de synthèse [Internet]. Mai 2008. Disponible sur: http://old.ensp.org/files/exec_summary_-rapport_de_synthese_fr.pdf
73. Tabac & Liberté. [Internet]. Tabac et Liberté: Réseau de professionnels de santé. Disponible sur: <http://www.tabac-liberte.com>
74. Ravily E. Connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes concernant 2 thérapeutiques de l'arrêt du tabac : varénicline et bupropion.[Thèse médecine générale].Université de Bordeaux. Juillet 2018.
75. Collège Santé de l'Université de Bordeaux. DES de Médecine Générale – Enseignements. [Internet]. Disponible sur: <https://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Tout-sur-vos-etudes/Medecine/DES-de-Medecine-generale/Enseignements>
76. Lajzerowicz N, Pradet F, Brault M, et al. Aide médicamenteuse à l'arrêt du tabac par varénicline : facteurs associés à l'abstinence de plus de 6 mois. Le Courrier des addictions. Avril-mai-juin 2017;19(2).
77. Organisation Mondiale de la Santé. Méthodologie de recherche dans le domaine de la santé. Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique. 2^{ème} édition. Manille. 2003.
78. Vilatte JC. Méthodologie de l'enquête par questionnaire. Laboratoire Culture et Communication. Université d'Avignon. Février 2007.
79. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM. France. 2010.
80. Centre International de la Pédagogie des Entreprises. La Pédagogie Active – Le changement en jeu. Paris.
81. Fiore M, Jaen CR, Baker TB et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. American Journal of Preventive Medicine. 2008 Aug;35(2):158-76.
82. Alvarez P. Impact de la Visite des Jeunes Généralistes Installés Libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie. Université de Bordeaux. 2018.
83. Piardon M. Evaluation des médecins généralistes du Val de Marne sur leurs connaissances et pratiques en tabacologie. [Thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine]. Créteil : Université Paris Val-de-Marne Faculté de Médecine ; 2007.
84. Eurobaromètre Spécial. L'attitude des Européens à l'égard du tabac. TNS opinion et social. 2007;272:16.
85. Sciolla M. Etude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique. Université de Grenoble. 2012.
86. Puska PMJ, Barrueco M, Roussos C et al. The participation of health professionals in a smoking-cessation programme positively influences the smoking cessation advice given to patients. The International Journal of Clinical Practice. April 2005 ;59(4) :447-52.
87. Direction de la Recherche, de l'étude, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La formation continue des professionnels de santé. Portrait des professionnels de santé. 2016 ;106-11.
88. Mc F. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. Respiratory care. 2000 oct;45(10):1200.

89. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. Revue des Maladies Respiratoires. Février 2006 ;23 :85-104.
90. L'Assurance Maladie. La Convention Nationale entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie 2016-2021 – Synthèse. 2016.
91. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie de transformation du système de santé – Dossier de presse. Février 2018.
92. Alla F. Transformation des systèmes de santé : apport de la recherche interventionnelle. Université de Lorraine.
93. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 3 champs de l'innovation en santé. Janvier 2016. [Internet]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/innovation-en-sante/article/les-3-champs-de-l-innovation-en-sante>
94. Ministère des Solidarités et de la Santé. Article 51 – Expérimenter et innover pour mieux soigner. Juillet 2018. [Internet]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article-51>.
95. Santé Publique France. Un réseau français pour développer la promotion de la santé en milieu de soins. Novembre 2014. [Internet]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/HSPS/index.asp>
96. Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine. PRS Nouvelle Aquitaine : soutien à l'innovation et à la recherche. [Internet]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/soutien-linnovation-la-recherche-dans-le-prs-nouvelle-aquitaine>
97. Observatoire Régional de l'Innovation en Santé. Présentation – Laboratoire d'idées néo-aquitain dédié à la santé. [Internet]. Disponible sur : <http://oris-nouvelle-aquitaine.org/presentation/>
98. AGIR 33. Réseau de professionnels – Réseau Addictions Gironde
99. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Dispositif d'innovation en santé. Juin 2018. [Internet]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2818>
100. Fédération Hospitalière Française. Renforcer le lien Ville-hôpital. Rapport 2018. Les éditions de la fédération hospitalière de France.
101. IREPS Auvergne-Rhône-Alpes. Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : quelques éléments de cadrage. Juin 2018.
102. Linda Cambon – Interview. La transférabilité des interventions en santé publique. Agence Régionale de santé Picardie. 2015.
103. Infirmiers.com. Les modalités de l'expérimentation ASALEE détaillées dans une instruction. Mise à jour le 15.05.2015. [Internet]. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/cooperations-interprofessionnelles/les-modalites-de-l-experimentation-asalee-detaillees-dans-une-instruction.html>

Annexe 1 : Courrier et synoptiques de prise en charge conjointe

Chère Consoeur, Cher Confrère,

J'ai vu aujourd'hui, pour une aide à l'arrêt du tabac, votre patient : M.

Je voudrais vous proposer de vous intégrer dans un projet quelque peu novateur, qui consiste en **une prise en charge conjointe** entre ma consultation hospitalière et votre suivi de ce patient que vous connaissez bien.

On peut repérer 3 enjeux :

D'abord respecter cette **mission forte de la médecine générale** qu'est la prévention, que les médecins de premier recours prennent en charge déjà dans de nombreux domaines. Le tabac est notamment impliqué dans quasiment toutes les pathologies rencontrées au cabinet, et constitue bien souvent un obstacle à l'amélioration de l'état de santé!

Ensuite vous permettre, si besoin est, de vous **familiariser avec l'accompagnement à l'arrêt du tabac**, par cette transmission d'expérience. Nombreux sont les confrères qui ne s'engagent pas dans cette aide à l'arrêt qui leur paraît chronophage, complexe, et bien peu efficace. Une expérimentation en tandem peut changer la représentation de cette démarche...

Enfin, permettre à plus de patients d'accéder à la prise en charge en **désengorgeant la consultation hospitalière**, notamment les urgences concernant les post IDM-AVC, les situations préopératoires, et les femmes enceintes, ou encore les addictions au tabac particulièrement sévères, (ancienneté de l'intoxication, polyconsommations), les patients avec co-morbidités psychiatriques importantes (bipolarité/dépression majeure) ou somatiques graves (cancer en soins, insuffisance respiratoire, SAS) actuellement impossibles à gérer, avec 5 mois d'attente pour les RDV.

Comment concrètement cela va-t-il se passer, avec votre accord, pour ce suivi conjoint ?

Cela doit s'intégrer dans votre pratique, avec une **durée de consultation compatible** avec votre activité habituelle (1 quart d'heure/ 20 mn). Le synoptique au verso propose les dates et objectifs de chaque consultation afin de bien les délimiter (consultations de médecine générale en rouge, sur la moitié supérieure du document, les miennes en dessous en bleu pour votre information).

Les patients sont avertis qu'ils vous consulteront **pour ce seul motif**. Ils sont aussi au fait du calendrier d'accompagnement : 10 consultations en moyenne, dont 4 le 1^{er} mois, et de la durée du traitement (3 à 6 mois selon l'ancienneté du tabagisme et l'évolution). L'arrêt progressif du tabac est attendu généralement autour d'1 mois.

Je propose un soutien pharmacologique addictolytique par **varénicline**, qui est pris en charge par l'assurance maladie depuis mai 2017, ou **substituts nicotiques** le cas échéant (forfait annuel de 150 E remboursés au patient).

Je vais gérer les 2 premières consultations de mise en route qui sont un peu plus longues (J0 et J9). Ce passage initial en consultation hospitalière permet au patient de prendre date et **d'acter son engagement**, selon les propres arguments de certains confrères MG.

Je vous rends la main, avec courrier à l'appui, pour les **2 consultations hebdomadaires suivantes** qui doivent mener, sinon à l'arrêt, du moins à une nette diminution de la consommation.

Je revois le patient à 1 mois, pour « booster » les patients les plus dépendants, et vous tiens informé(e).

La chronologie de la suite de prise en charge est indiquée au verso.

Vous pouvez **me joindre à tout moment « en hot line »** lors de vos consultations de suivi, pour toute question.

Bien confraternellement !
Dr Nathalie LAJZEROWICZ

SYNOPTIQUE D'ACCOMPAGNEMENT A L'ARRÊT DU TABAC avec varénicline (Champix®)

Médecin Traitant du patient

J 16 : Evaluation consommation tabac (et attention au transfert vers autres consos ou comportements)

- Evaluation tolérance ttt :si nausées ou insomnie (surtout femmes et faible IMC) : réduire doses (1 cp le matin et 0,5 le soir ou 0,5x3 fois par jour (ou 2x))
- Si abandon dernières cig difficile: arrêt café qq jours
- Suivi des conseils pour réduction des symptômes sevrage et du craving (boire grand verre eau, respirations profondes, changer d'occupation, modification des habitudes, prévention hypoglycémies, autres activités gratifiantes et accessibles)
- Poursuite carnet tracabilité jusqu'à 2-3 jours après abstinence (renforce sentiment capacité)
- Encourager et féliciter de l'engagement

-Revoir à J 23 si n'a pas arrêté le tabac à J16

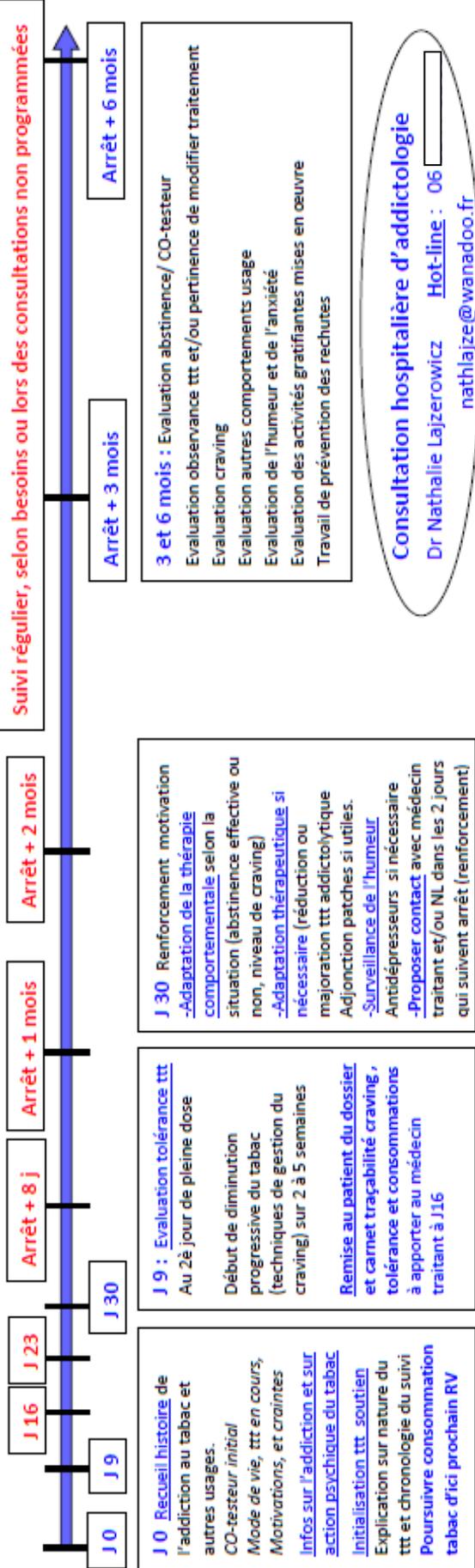
Dès l'arrêt : Valoriser ++ le changement
Revoir à 8 jours et 1 mois de l'arrêt
A chaque RDV de suivi : Favoriser l'énoncé, par le patient, des bénéfices ressentis, et ses actions pour gérer le craving.

Expliquer et gérer les symptômes de sevrage ressentis : troubles transit, céphalées, douleurs abdominales, toux, infections ORL, asthénie, troubles du sommeil ou de l'humeur...

Surveiller les compensations (alimentaires ou autres substances) et l'évolution du poids

Encourager les activités gratifiantes

Calendrier de suivi idéalement 1 fois / mois pendant 6 mois
Puis à 9 mois et 1 an. Déculpabiliser sur rechute ultérieure
Reposer la question de l'abstinence à chaque consultation
Poursuivre le traitement pharmacologique 3 à 6 mois après le sevrage



Consultation hospitalière d'addictologie

Dr Nathalie Lajzerowicz Hot-line : 06

nathlajze@wanadoo.fr

SYNOPTIQUE D'ACCOMPAGNEMENT A L'ARRÊT DU TABAC

avec Substituts nicotiniques

Médecin Traitant du patient

J 16 : Evaluation consommation tabac (et attention au transfert vers autres consos ou comportements)

- Evaluation dosage des patchs** (surdosage : nausées/tachycardie ou sous dosage : pulsions fortes)
- Si substituts nicotiniques oraux : adaptation du nombre
- Si abandon dernières cig difficile: arrêt café qq jours
- Suivi des conseils pour réduction des symptômes sevrage et du craving** (boire grand verre eau, respirations profondes, changer d'occupation, modification des habitudes, prévention hypoglycémies, autres activités gratifiantes et accessibles)
- Poursuite carnet tracabilité** jusqu'à 2-3 jours après abstinence (renforce sentiment capacité)
- Encourager et féliciter de l'engagement
- Revenir à J 23** si n'a pas arrêté le tabac à J16

Dès l'arrêt : Valoriser ++ le changement Revoir à 8 jours et 1 mois de l'arrêt

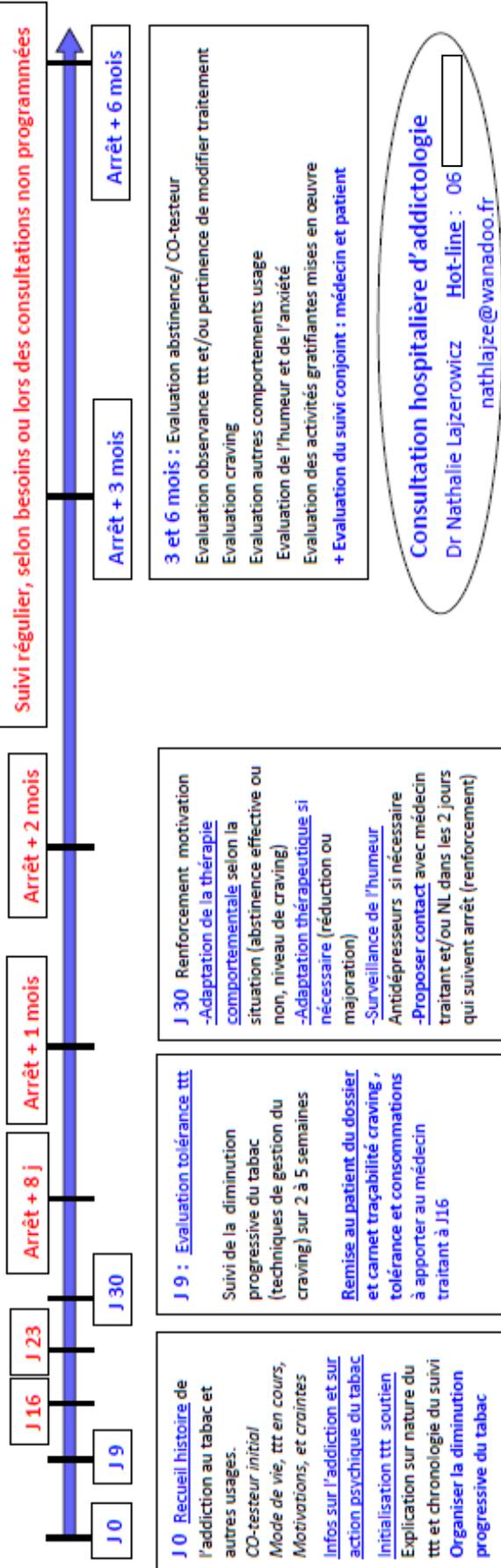
A chaque RDV de suivi : Favoriser l'énoncé, par le patient, des bénéfices ressentis, et ses actions pour gérer le craving.

Expliquer et gérer les symptômes de sevrage ressentis : troubles transit, céphalées, douleurs abdominales, toux, infections ORL, asthénie, troubles du sommeil ou de l'humeur...

Surveiller les compensations (alimentaires ou autres substances) et l'évolution du poids

Encourager les activités gratifiantes

Calendrier de suivi idéalement 1 fois / mois pendant 6 mois Puis à 9 mois et 1 an. Déculpabiliser sur redoute ultérieure
Reposer la question de l'abstinence à chaque consultation



Annexe 2 : Supports d'évaluation de l'expérience (questionnaires patient et médecin)

EVALUATION PT CONJOINT : Médecin traitant :

Critères objectifs :

Suivi du calendrier d'accompagnement? Oui non : modifié non : arrêté

quelles modifications ?.....

Suivi du contenu proposé? Oui non : modifié

quelles modifications ?.....

Hot line utilisée ? oui (nbre de fois) : non

questions posées.....

Durée des consultations : 1 2 3 4 5

Ressenti :

Avez-vous été motivé par le principe de ce partenariat ?

clairement oui plutôt oui plutôt non clairement non NSP

Commentaires.....

Le contenu de cette organisation vous convenait elle ? (1=calendrier, 2= protocole, 3= support dossier, 4= durée cs)

clairement oui plutôt oui plutôt non clairement non NSP

Commentaires.....

Vous êtes-vous senti aidé ?

clairement oui plutôt oui plutôt non clairement non NSP

Commentaires.....

Souhaitez-vous renouveler ce partenariat pour d'autres patients ?

clairement oui plutôt oui plutôt non clairement non NSP

Commentaires.....

Vous sentez-vous, à la suite de cette expérience, plus en capacité d'accompagner entièrement un arrêt du tabac ?

clairement oui plutôt oui plutôt non clairement non NSP

Commentaires.....

Si non : pas encore ? ou ne le souhaite pas ?.....

Support d'évaluation des médecins : base utilisée pour le questionnaire d'entretien

EVALUATION PT CONJOINT : Patient :

Critères objectifs :

Suivi du calendrier d'accompagnement? Oui non : modifié non : arrêté

quelles modifications ?.....

Suivi du contenu proposé? Oui non : modifié

quelles modifications ?.....

Résultats :

Abstinence à 1 mois oui non

Abstinence à 2 mois oui non

Abstinence à 3 mois oui non

Abstinence à 6 mois oui non

Ressenti :

Avez vous été motivé par le principe de ce partenariat ?

clairement oui plutôt oui plutôt non clairement non NSP

Commentaires.....

Cette organisation vous convenait elle?

clairement oui plutôt oui plutôt non clairement non NSP

Commentaires.....

Vous êtes vous senti suffisamment soutenu dans votre démarche?

clairement oui plutôt oui plutôt non clairement non NSP

Commentaires.....

Quelles sont vos suggestions pour améliorer cette prise en charge conjointe MG/ spécialiste?

.....
.....
.....

Annexe 3 : Dossier support utilisé (INPES-Santé Publique France)

Dossier validé par la Société française de tabacologie

Consultation de tabacologie

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal Ville _____

Téléphone _____ (où vous êtes facilement joignable)

Téléphone portable _____

Vous voulez essayer d'arrêter de fumer

Pour vous accompagner dans cette démarche, le médecin qui va vous recevoir en consultation a besoin de connaître vos habitudes de fumeur. Merci de bien vouloir prendre le temps de répondre aux questions des pages suivantes : elles vous aideront à faire le point et faciliteront le dialogue avec le médecin.

Vous pouvez obtenir plus d'informations sur l'efficacité des consultations de tabacologie en allant sur le site internet de l'équipe de recherche CDInet <https://cdinet.spim.jussieu.fr>

Les informations contenues dans ces questions pourront faire l'objet d'un traitement informatique. Conformément aux articles 26 et 27 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 "Informatique et Liberté" et à son décret d'application n°78-774 du 17 juillet 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de ces données. Pour l'exercer, adressez-vous à votre centre de consultation de tabacologie.



- 13 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires suivantes ?
- Infarctus du myocarde
 - Angine de poitrine (angor)
 - Accident vasculaire cérébral
 - Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (artérite)
- 14 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour l'une des maladies respiratoires suivantes ?
- Bronchite chronique (toux le matin au moins 3 mois par an depuis 2 ans)
 - Bronchopathie chronique obstructive
 - Asthme
- 15 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour un ou plusieurs des cancers suivants ?
- Poumon
 - Vessie
 - Gorge (ORL)
 - Un autre cancer (précisez) _____
- 16 - Prenez-vous assez régulièrement un ou plusieurs des médicaments suivants ?
- Tranquillisants
 - Somnifères
 - Antidépresseurs
 - Neuroleptiques
 - Régulateurs de l'humeur
 - Traitements de substitution (subutex / méthadone)
- 17 - Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour dépression nerveuse ayant occasionné un arrêt partiel ou total de l'activité ? Oui - Non
- Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes de santé que vous souhaitez nous signaler ?
- _____
- _____
- _____

Bilan tabagique

- 18 - Avez-vous réduit votre consommation de cigarettes au cours du mois précédant cette consultation d'aide à l'arrêt ? Oui - Non
- 19 - Vous ne fumez pas actuellement
Depuis combien de temps avez-vous arrêté ? en jours _____ en mois _____
- 20 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour avant cet arrêt ? _____
- 21 - Vous fumez encore actuellement
Fumez-vous tous les jours ? Oui - Non
- 22 - Combien en moyenne fumez-vous chaque jour de :
Cigarettes manufacturées achetées en paquet ? ____ Cigarettes roulées ? ____ Cigarillos ? ____
- 23 - Fumez-vous ou consommez-vous les produits suivants (cochez les cases correspondantes) :
 Cigare Pipe Tabac à mâcher Snus Narguilé / Chicha Ploom
Autres produits, précisez _____
- 24 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

- 25 - Quel est le volume de liquide "vapoté" par semaine ? _____
- 26 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui - Non
- 27 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

Nous vous invitons à partager votre expérience de "vapotage" sur le site internet <https://cdtnet.spm.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

Degré de dépendance au tabac (Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse)

- 28 - Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?
- | | |
|--------------------------|---|
| Dans les 5 minutes | 3 |
| 6 - 30 minutes | 2 |
| 31 - 60 minutes | 1 |
| Plus de 60 minutes | 0 |
- 29 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? (1 cigarillo = 2 cigarettes)
- | | |
|-------------------|---|
| 10 ou moins | 0 |
| 11 à 20 | 1 |
| 21 à 30 | 2 |
| 31 ou plus | 3 |
- 30 - Faites le total de vos réponses : Total :

Histoire avec le tabac

31 - À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? à ans

Pour les personnes qui ont déjà essayé d'arrêter de fumer au moins 7 jours dans le passé

32 - Combien de fois avez-vous déjà arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours (aucune cigarette) ? _____

De quelle manière avez-vous arrêté de fumer pendant cette semaine d'arrêt ?

33 - Lorsque vous avez arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours, avez-vous pris du poids ? Oui - Non

34 - Si oui, combien de kilos ? _____

Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ? _____

Quelle est la date de votre dernière tentative ? _____

Quels troubles avez-vous ressentis à l'arrêt du tabac ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Difficultés de concentration |
| <input type="checkbox"/> Pulsions à fumer | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité, colère | <input type="checkbox"/> Augmentation de l'appétit |
| <input type="checkbox"/> Agitation, nervosité | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | Lesquels ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tendance dépressive | _____ |

Pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir recommencé à fumer ? (par ordre d'importance)

1 - _____	3 - _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
2 - _____	4 - _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Pourquoi fumez-vous ?

Évaluez par une note de 0 à 10 les raisons qui vous poussent à fumer. Lisez chaque proposition et entourez le chiffre qui correspond à votre réponse : 0 signifie "Jamais" et 10 signifie "Toujours".

35 - Je fume... :	Jamais									Toujours	
- parce que c'est un geste automatique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- par convivialité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour le plaisir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour combattre le stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour mieux me concentrer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour me soutenir le moral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour ne pas grossir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quel est votre degré de motivation ?

36 - Parmi les phrases ci-dessous, laquelle vous décrit le mieux ?

- 1 « je ne veux pas arrêter de fumer »
- 2 « je pense que je devrais arrêter de fumer, mais je ne le souhaite pas vraiment »
- 3 « je veux arrêter de fumer, mais je n'ai pas réfléchi au moment où je le ferai »
- 4 « je veux réellement arrêter de fumer, mais je ne sais pas quand je le ferai »
- 5 « je veux arrêter de fumer et souhaite le faire bientôt »
- 6 « je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire au cours du trimestre à venir »
- 7 « je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire dans le mois qui vient »

37 - Si vous décidiez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation :

(0 signifie : "Aucune confiance" et 10 signifie "Totale confiance").

aucune confiance totale confiance
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

38 - Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ?

« J'aimerais bien arrêter de fumer parce que je voudrais... » _____

39 - Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?

« En essayant d'arrêter de fumer, j'ai peur de... » _____

Vos habitudes de vie

40 - Indiquez à quel point vous craignez de prendre du poids si vous arrêtez de fumer :

pas du tout extrêmement
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

41 - Indiquez à quel point vous avez confiance en vous pour ne pas prendre du poids si vous arrêtez de fumer :

Je n'ai aucune confiance en moi j'ai totalement confiance en moi
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Votre consommation d'alcool

Ce questionnaire concerne votre consommation d'alcool de l'année écoulée et pas seulement celle des dernières semaines. Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse.

Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- Jamais _____ 0
- 1 fois par mois _____ 1
- 2 à 4 fois par mois _____ 2
- 2 à 3 fois par semaine _____ 3
- 4 fois ou plus par semaine _____ 4

Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2 _____ 0
- 3 ou 4 _____ 1
- 5 ou 6 _____ 2
- 7 à 9 _____ 3
- 10 ou plus _____ 4

Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ?

- jamais _____ 0
- moins de 1 fois par mois _____ 1
- 1 fois par mois _____ 2
- 1 fois par semaine _____ 3
- chaque jour ou presque _____ 4

42 - Faites le total de vos réponses _____



Consommation de cannabis

43 - Avez-vous fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ? Oui - Non

44 - Si oui, combien de fois en avez-vous fumé au cours des 30 derniers jours ?

- aucune fois 1 ou 2 fois entre 3 et 5 fois entre 6 et 9 fois
 entre 10 et 19 fois entre 20 et 29 fois tous les jours

A quel âge avez-vous commencé ? _____

Si vous consommez d'autres produits ou substances, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.

Comment vous sentez-vous ?

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie professionnelle ?

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie familiale ?

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez.

Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours.

Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état actuel.

- | | |
|--|--|
| <p>1 Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0 | <p>9 J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3 |
| <p>2 Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3 | <p>10 Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0 |
| <p>3 J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0 | <p>11 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0 |
| <p>4 Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3 | <p>12 Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3 |
| <p>5 Je me fais du souci :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0 | <p>13 J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0 |
| <p>6 Je suis de bonne humeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0 | <p>14 Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3 |
| <p>7 Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3 | |
| <p>8 J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0 | |

45 - Additionnez les points des réponses **1, 3, 5, 7, 9, 11, 13** : Total A =

46 - Additionnez les points des réponses **2, 4, 6, 8, 10, 12, 14** : Total D =

La place du tabac dans votre budget

La dépendance tabagique conduit à accorder une place importante au tabac dans votre budget. Les questions suivantes ont pour objectifs de vous aider à faire le point sur ce que vous dépensez pour le tabac et d'envisager les économies réalisées en arrêtant de fumer.

Les questions 49 à 59 vous permettent d'examiner votre situation actuelle et d'imaginer comment elle pourrait s'améliorer avec l'arrêt du tabac.

47 - Quelle somme d'argent consacrez-vous au tabac chaque semaine ? _____

48 - Dans quelle tranche se situe la somme totale de vos revenus mensuels nets (y compris les aides sociales) ?

Moins de 1000 € Entre 1001 et 2000 € Entre 2001 et 3000 €

entre 3001 et 4000 € plus de 4000 €

Pensez-y L'Assurance Maladie vous accompagne dans l'arrêt du tabac. Elle prend en charge, sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, les traitements par substituts nicotiques à hauteur de 50 €/par année civile et par bénéficiaire. Pour les femmes enceintes, les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer, ce montant est de 150 €.

49 - Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? Oui - Non

50 - Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? Oui - Non

51 - Vivez-vous en couple ? Oui - Non

52 - Êtes-vous propriétaire de votre logement ? Oui - Non

53 - Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? Oui - Non

54 - Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? Oui - Non

55 - Êtes-vous allé(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois ? Oui - Non

56 - Êtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ? Oui - Non

57 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? Oui - Non

En cas de difficultés, y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous pouvez compter

58 - pour vous héberger quelques jours ? Oui - Non

59 - pour vous apporter une aide matérielle ? Oui - Non

Les questions 49 à 59 font partie du questionnaire EPICES, mis au point dans les centres d'examen de santé afin d'évaluer votre situation sociale.

Les renseignements recueillis dans de ce document seront traités ultérieurement de manière anonyme par l'équipe CDTnet, dans le cadre d'un recueil national. L'équipe CDTnet a pour objectif d'améliorer la prise en charge de toute personne souhaitant arrêter de fumer.
<https://cdtnet.spim.jussieu.fr>

Dans quelques mois, vous êtes susceptible de recevoir une lettre, un mail ou un appel téléphonique afin de savoir si vous êtes encore fumeur ou non. Ces informations sont importantes car il s'agit pour nous d'apprécier l'aide qui a pu vous être apportée.

Merci d'avance de répondre à cette lettre ou cet appel téléphonique.

Si vous préférez être contacté à ce sujet par mail, merci de nous indiquer votre adresse e-mail : _____@_____

Si vous ne souhaitez pas être recontacté à ce sujet, cochez la case suivante

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Bilan lors de la consultation initiale

Date :
 jour mois année

60 - Consommation moyenne quotidienne de tabac : _____

61 - CO expiré : ppm

62 - Nombre de cigarettes depuis le lever :

63 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours

64 - **Observations :**

Conclusions :

65 - Une date d'arrêt a-t-elle été fixée avec le fumeur ? Oui - Non

66 - Démarche de réduction de consommation

- Sans traitement dans un premier temps
- Avec un traitement prescrit (détail ci-dessous)

67 - Traitement prescrit

- Traitement de substitution nicotinique : Oui - Non

lequel : Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____

- Gommes 2 mg 4 mg Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg
- Spray buccal Inhalateurs Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

- Bupropion (Zyban®) Varenicline (Champix®)

- Techniques comportementales : Oui - Non

- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui - Non

- Prise en charge diététique : Oui - Non

- Autre : _____

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Date :
 jour mois année

Consultation de suivi N° 1

68 - Patient en arrêt : Oui - Non

Si oui : nombre de jours d'arrêt total : _____

Si non : réduction de consommation de 50 % et plus : Oui - Non

69 - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : _____

70 - CO expiré : ppm

71 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours

72 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

73 - Quel est le volume de liquide "vapote" par semaine ? _____

74 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui - Non

75 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

76 - Utilisez-vous la cigarette électronique plus souvent que lors de votre précédente consultation ? Oui - Non

Merci d'inviter votre patient à partager son expérience de « vapotage » sur le site Internet <https://cdtnet.spm.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

77 - Observations :

78 - Traitement prescrit :

- Traitement de substitution nicotinique : Oui - Non

lequel : Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____

Gomme 2 mg 4 mg Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg

Spray buccal Inhalateurs Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

Bupropion (Zyban®) Varenicline (Champix®)

- Techniques comportementales : Oui - Non

- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui - Non

- Prise en charge diététique : Oui - Non

- Autre : _____

Cette page sera remplie par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Date :
 jour mois année

Consultation de suivi N° 2

79 - Patient en arrêt : Oui - Non

Si oui : nombre de jours d'arrêt total : _____

Si non : réduction de consommation de 50 % et plus : Oui - Non

80 - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : _____

81 - CO expiré : ppm

82 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours

83 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

84 - Quel est le volume de liquide "vapote" par semaine ? _____

85 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui - Non

86 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

87 - Utilisez-vous la cigarette électronique plus souvent que lors de votre précédente consultation ? Oui - Non

Merci d'inviter votre patient à partager son expérience de « vapotage » sur le site Internet <https://cdtnet.spm.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

88 - **Observations :**

89 - **Traitement prescrit :**

- Traitement de substitution nicotinique : Oui - Non

lequel : Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____

Gommes 2 mg 4 mg Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg

Spray buccal Inhalateurs Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

Bupropion (Zyban®) Varenicline (Champix®)

- Techniques comportementales : Oui - Non

- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui - Non

- Prise en charge diététique : Oui - Non

- Autre : _____

Date :
 jour mois année

Consultation de suivi N° 3

90 - Patient en arrêt : Oui - Non

Si oui : nombre de jours d'arrêt total : _____

Si non : réduction de consommation de 50 % et plus : Oui - Non

91 - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : _____

92 - CO expiré : ppm

93 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours

94 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

95 - Quel est le volume de liquide "vapote" par semaine ? _____

96 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui - Non

97 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

98 - Utilisez-vous la cigarette électronique plus souvent que lors de votre précédente consultation ? Oui - Non

Merci d'inviter votre patient à partager son expérience de « vapotage » sur le site internet <https://cdtnet.spm.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

99 - **Observations :**

100 - **Traitement prescrit :**

- Traitement de substitution nicotinique : Oui - Non

lequel : Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____

Gommes 2 mg 4 mg Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg

Spray buccal Inhalateurs Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

Bupropion (Zyban®) Varenicline (Champix®)

- Techniques comportementales : Oui - Non

- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui - Non

- Prise en charge diététique : Oui - Non

- Autre : _____

Annexe 4 : Courrier final destiné aux médecins généralistes (retour d'informations sur les principaux résultats

Chères Consœurs, chers Confrères,

Vous avez accepté, il y a plusieurs mois, de participer à une expérience inédite de prise en charge en partenariat avec le Docteur Nathalie Lajzerowicz, médecin au Service d'Addictologie, à l'hôpital du Bouscat, afin d'aider votre patient(e) à arrêter de fumer. Il s'agissait de répartir les consultations de suivi entre vous et la spécialiste pour mieux accompagner votre patient(e) dans sa démarche et vous trouver ainsi au cœur de la prise en charge.

Vous m'aviez reçue par la suite au sein de votre cabinet, entre janvier et mars 2018, afin que je puisse recueillir vos impressions suite à ce parcours, et je vous en remercie sincèrement. Ceci a fait l'objet d'un travail universitaire de thèse de Médecine Générale, comme je vous l'avais alors indiqué lors de notre entretien. Il était important, pour le Dr Lajzerowicz et moi-même, que vous ayez un retour d'informations résumé sur vos évaluations qui nous ont été très utiles et pertinentes afin de continuer à faire évoluer ce projet.

Voici donc les principaux résultats qui sont très contributifs et démontrent clairement l'efficacité de cette expérience :

Vous avez été 30 médecins généralistes impliqués pour 31 patients souhaitant entamer une démarche d'aide à l'arrêt du tabac (2 patients avaient le même médecin).

65% des patients (n=20/31) ont réussi le maintien de l'abstinence à 1 mois, 58% ont maintenu à 3 mois, et enfin 45% ont réussi le maintien de l'abstinence à plus de 6 mois (n=14/31).

Il est intéressant de relever que **plus les patients ont eu un suivi régulier, plus leur abstinence était maintenue dans le temps**. On relève 6 abandons précoces de parcours, concernant pour la plupart des patients également addicts à l'alcool.

28 d'entre vous ont accepté de répondre à mon entretien.

93% d'entre vous (n=26/28) se sont déclarés avoir été motivés par le principe de ce partenariat :

Plusieurs d'entre vous ont souligné le fait que le patient se sentait **plus encadré** : « *il y a une sorte d'institutionnalisation de la prise en charge qui implique plus le patient* ».

D'autres ont insisté sur l'aspect **pédagogique** de cette expérience : « *j'y ai trouvé un intérêt éducatif pour mon patient et pour moi* », « *on est accompagné par le spécialiste, on se sent guidé* », « *il y avait un intérêt de ce suivi conjoint pour apprendre des astuces que je ne connaissais pas* ».

20 patients ont en pratique réalisé des consultations de suivi avec leur généraliste. Nous avons demandé aux 20 médecins ainsi concernés, leur degré de satisfaction sur l'aspect organisationnel de ce dispositif, leur sentiment d'avoir été aidé, et leur souhait de renouveler l'expérience :

70% d'entre vous (n=14/20) ont jugé l'organisation du calendrier de consultations satisfaisante. Pour la plupart, « *il y avait une bonne répartition des consultations* », mais pour d'autres : « *certain patients ne sont pas assidus* ».

70% d'entre vous (=14/20) ont apprécié l'utilité du protocole papier qui vous a été adressé : « *les explications étaient claires* », « *ce synoptique est bien fait* », « *le protocole est une bonne base pour nous, on ne va pas à tâtons* » ... même si pour certains : « *c'est trop complexe, il faut être plus concis* ».

65% d'entre vous (n=13/20) se sont déclarés satisfaits du support dossier choisi comme vecteur entre chaque consultation : « *c'est pratique pour le suivi* », « *ça rassure le patient* », « *la patiente a accès à ses informations, ça permettait une relation de confiance, elle pouvait revoir son parcours depuis le début et ça la motivait* ». Mais pour certains : « *il n'y avait pas beaucoup de place pour écrire* ». Un médecin suggère : « *il faudrait préciser les choses à vérifier et les questions à poser* ».

75% d'entre vous (n=15/20) ont estimé que la durée de consultation était satisfaisante : plusieurs médecins ont plébiscité le fait que ce soit une consultation dédiée au tabac, sans autre motif se rajoutant : « *20 minutes c'est bien pour une consultation dédiée* », « *On n'a parlé que du tabac* ». Mais pour certains, cette consultation fut « *chronophage* ».

85% d'entre vous (n=17/20) se sont sentis aidés lors de cette expérience : notamment grâce au protocole transmis, et encore une fois pour la motivation amplifiée chez le patient grâce à cette double prise en charge. D'autres ont souligné une meilleure connaissance des thérapeutiques d'aide au sevrage : « *Je me suis senti aidé par rapport au traitement per os que je n'employais pas* ».

85% d'entre vous (n=17/20) ont exprimé le souhait de renouveler cette prise en charge conjointe pour d'autres patients fumeurs : « *C'est une très bonne expérience à renouveler, tout sevrage doit se faire en partie avec le médecin traitant car il a un lien avec son patient* », « *On multiplie les chances pour le patient, il se sent plus cadré et on a plus de poids à deux* ». Certains pensent que c'est « *selon le profil du patient* ».

40% d'entre vous (n=8/20) se sentent même dorénavant plus en capacité d'accompagner seuls un arrêt du tabac.

Cette expérience a fait évoluer la pratique pour certains d'entre vous, qui soulignent une **plus grande sensibilisation** et une **meilleure confiance dans l'abord du tabagisme**. D'autres ont apprécié d'expérimenter une **consultation dédiée** à ce seul motif. Certains ont fait part d'une évolution de leur pratique concernant les **traitements addictologiques**.

Vos suggestions sont également intéressantes à prendre en compte : un des médecins suggère qu'il serait important de **multiplier les accueils en addictologie**, ou de proposer un **réseau de généralistes mieux formés** à la question du tabac (comme pour le réseau REPPPO par exemple). D'autres suggèrent une amélioration des outils avec une **informatisation du dossier**, ou encore un **livret pédagogique** fourni avec le protocole. Un médecin propose que les cabinets soient équipés de **CO testeur** pour favoriser la prise en charge. Enfin, plusieurs médecins évoquent l'idée d'une **valorisation de la consultation tabac** qui pourrait être plus incitatrice à la mettre en pratique et favoriser la consultation dédiée. Ces pistes vont être étudiées.

Enfin, nous vous rappelons les nouveaux moyens mis en place par les politiques de santé: Depuis mars 2018, remboursement d'une gamme de gommes à mâcher à la nicotine (Nicorette®) ; en mai 2018, remboursement d'une gamme de patch de substituts nicotiques (Nicoretteskin®) et depuis début juillet 2018, remboursement d'une autre gamme de patchs et de pastilles (Nicopatch® et Nicopass®). N'oublions pas également la prochaine campagne du Moi(s) sans tabac en novembre 2018 pour laquelle vous avez un grand rôle de soutien auprès de vos patients !

En vous remerciant encore pour votre précieuse participation,
Bien confraternellement,

Melle Margaux Fournols, doctorante
Dr Nathalie Lajzerowicz, médecin addictologie

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

SUMMARY : City-hospital partnership for the management of smoking cessation: feedback from 30 general practitioners in the Bordeaux agglomeration.

Introduction : General practitioners express some brakes to help stop smoking and do not feel trained enough in this domain. The new health policies have focused many of their prevention measures around the smoking issue. The idea of a city-hospital partnership has emerged as a new way to support patients in their approach, while offering a formative line for the general practitioners, knowing that no such device exists in France.

Objectives and method : It was a question of collecting the feedback of general practitioners involved in the partnership, in terms of perceptions (motivation, satisfaction, perceived utility), attitudes (wish to renew this support, feeling of capacity), and practices (adherence to the course, use of the proposed tools, evolution of practices). We conducted a cross-sectional survey by individual directive interviews, supplemented by a qualitative approach, conducted from January to March 2018 among 30 general practitioners in the Bordeaux agglomeration.

Results : General practitioners have been motivated and satisfied by this partnership and wish for the majority to renew it. They felt helped and supported, benefitting from better formation. They were all the more so since their patients managed to maintain abstinence, which was evaluated at 1, 3 and 6 months. The longer the course of care was followed, the more the abstinence was maintained over time. Their practice in helping to stop smoking has been strengthened.

Discussion: In the limit of our small sample of study, it appears that this innovative device gives convincing results and could be transposable to a wider population. This is the notion of transferability of interventions, at a time when policies advocate innovation in the health system and the decompartmentalization of the city and hospital. Since smoking is a public health priority, the doctors interviewed raise the question of valuing the tobacco consultation.

Conclusion : This partnership appears as a new way of care to offer patients to optimize their chances of reaching the cessation of smoking and its maintenance. It also allows refocusing the general practitioner in the course by fully attributing to him his role as a major player in primary care. The deployment of this method is envisaged in the coming months.

Key words : general practitioners – city-hospital partnership – smoking cessation – cross-sectional survey