Diffusion d'un parcours coordonné pour l'arrêt du tabac en ex-Aquitaine : freins et leviers pour l'appropriation de la méthode et des outils par un collectif d'addictologues

Guillaume Gretten

▶ **To cite this version:**

Guillaume Gretten. Diffusion d'un parcours coordonné pour l'arrêt du tabac en ex-Aquitaine : freins et leviers pour l'appropriation de la méthode et des outils par un collectif d'addictologues. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02438151

HAL Id: dumas-02438151

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02438151

Submitted on 14 Jan 2020

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.

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année : 2020 Thèse N°5

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par

Guillaume GRETTEN

Né le 20 Août 1991 à Aix en Provence (13)

Le 08 Janvier 2020

Diffusion d'un Parcours coordonné pour l'arrêt du tabac en ex-Aquitaine : Freins et leviers pour l'appropriation de la méthode et des outils par un collectif d'addictologues.

Thèse dirigée par :
Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Membres du jury :

Monsieur le Professeur François ALLA	Président du jury
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Juge et rapporteur
Monsieur le Professeur François PETREGNE	Juge
Monsieur le Docteur Habib SANGARE	Juge

Remerciements

A Monsieur le Professeur François ALLA, président de ce jury,

Qui me fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse,
qu'il trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur François PETREGNE,

Qui a bien voulu me faire l'honneur de juger ce travail,
qu'il veuille accepter la marque de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA,

Qui m'a fait honneur d'être le rapporteur de ma thèse,
qu'il accepte l'expression de ma respectueuse gratitude et de ma profonde reconnaissance, en particulier pour son engagement à valoriser la médecine générale auprès des étudiants.

A Monsieur le Docteur Habib SANGARE,

Qui a accepté de siéger dans ce jury,
qu'il trouve ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A ma directrice de thèse, le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Dont l'écoute et la disponibilité de tous les instants pendant la réalisation de cette thèse, m'ont été un constant soutien, qui m'a témoigné bienveillance, générosité et qui a fait preuve d'une grande patience à mon égard,
Qu'elle soit remerciée pour ses encouragements et la confiance qu'elle m'a témoignée et trouve ici l'expression de mon estime et de mon admiration les plus sincères.

A mon père et ma mère,
Pour leurs sacrifices et leurs soutiens inconditionnels tout au long du chemin parcouru, pour être toujours là dans les moments qui comptent pour moi. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. Vous avez toujours cru en moi, et vous m'avez laissé la chance d'accomplir médecine, et j'ai conscience des efforts que cela a dû vous demander. Merci pour tout. J'espère continuer à vous rendre fier par la suite.

A ma sœur,
Pour ton aide tout au long de ma vie et de mes études. Tu es devenu une mère et une femme merveilleuse qui veille sur toute notre famille, merci infiniment pour cela.

A ma grand-mère,
Pour toutes ces innombrables choses, petites et grandes, qui font ce que je suis aujourd'hui. Tu comptes énormément pour moi, et je suis heureux de te rendre fier aujourd'hui.

A mes oncles et tantes,
Pour votre patience quand j'étais jeune, merci à vous d'être toujours là pour moi.

A mes cousins et cousines,
Pour tous ces souvenirs que l'on partage, se serait trop long de tout vous dire ici mais merci à vous ; mention spéciale à vous, Maxime et Fred, avec qui j'ai passé plus de la moitié de ma vie. J'espère un jour avoir l'honneur d'exercer à vos côtés.

A Gisèle, d'avoir eu la gentillesse de corriger mes nombreuses fautes dans la thèse et de rendre mon père heureux.

A Jacques, pour nos discussions, ta transmission de ton engagement militaire, et rendre ma mère heureuse.

A Yannick, d'être un beau-frère exceptionnel, n'oublie pas de suivre Collin Sexton et de percer le mystère des pyramides…

A mes amis de Marseille,
- A Beber, pour toutes ces années où tu as du supporter le Super Gretten.
  Tu es un ami formidable, et tu devras malheureusement me supporter encore pour de longues années.
- A Balthazar, pour toutes ces journées à rigoler à l'hôpital, à St-Jo et dans tant d'autres endroits. Un jour nous aurons notre cabinet ensemble, c'est une certitude.
- A Luigi, pour tous les moments passés ensemble de la D2 jusqu'à aujourd'hui. Avec toi j'ai vécu toutes les émotions possibles et inimaginables.
- A Maxou, avec qui j'ai pu évacuer mon stress lors de séances de sport. Un jour tu seras aussi musclé que moi…
- A Val, nous nous sommes découverts sur le tard, mais ta douce folie m'a enchanté.

A mes co-internes et confrères de Bordeaux :
- A Jeremy Laik et Doriane Broussard merci pour tous nos moments de rigolade, nos moments au kit surf, j'ai passé de merveilleuses années avec vous. Vous êtes une famille pour moi.
- A Marianne Hupe pour ta joie de vivre, ton sourire qui je l'avoue ont rendu mon 1er semestre plus agréable à vivre, et Berlioz te remercie aussi d'avoir veillé sur lui lors de mes longues absences. Merci pour tout.

- A Elsa Ramjane pour ta franchise et ton franc-parler qui m'ont fait me sentir moins seul à l'hôpital, merci à toi et Camille Brochet pour tous nos bons moments passés ensemble.
- A Guillaume Dumont pour nos covoiturages endiablés pour aller à Libourne et pour tes comparaisons avec les Marseillais.

Je tiens également à remercier, les Docteurs Jean-Paul Gainard et Philippe Jourde. Leurs visions de la médecine m'ont grandement inspirées. Votre engagement, votre gentillesse, et vos compétences sont exemplaires. J'espère un jour devenir un aussi bon médecin généraliste que vous. Je ferais tout pour y arriver.

Enfin, à toi, Didou, ma future femme, qui chaque jour me soutient dans ma vie. Tu es une femme exemplaire. Mon amour pour toi est sans équivoque, et je peux le dire, j'ai la chance d'avoir trouvé l'âme sœur. Je ne suis pas quelqu'un de facile et pourtant à tes côtés je grandis, j'apprends, et j'essaie de devenir un homme bon et respectable.
Tu es essentielle pour moi, et je te remercie pour tout.
Je t'aime, et à chaque jour que cet univers construira, je m'appliquerais à te rendre heureuse.

Sommaire

Liste des tableaux et figures p.6

I-Introduction p.7
II-Contexte p.9
II.1- La lutte contre le tabac, une priorité de santé publique p.9
II.2- Place actuelle du médecin généraliste dans la lutte contre le tabac p.11
II.3- Le décloisonnement ville-hôpital, un principe des politiques de santé p.12
II.3.1- Les limites actuelles de l'accès aux consultations spécialisées p.12
II.3.2- Expérimentation initiée à l'hôpital du Bouscat (Gironde) en 2017 p.13
II.3.3- Les autres expériences de parcours en France p.15
II.4- Problématique et question de recherche p.18
II.5- Objectifs de l'étude p.19
III- Matériel et méthode p.20
III.1- Aspects réglementaires et éthiques p.20
III.2- Type d'étude p.20
III.3- Population étudiée et modalités de recrutement p.20
III.4- Appropriation des outils initiaux - Phase de recueil de consensus p.22
III.5- Recueil et analyse des avis des participants – Phase d'entretiens p.22
IV- Résultats p.25
IV.1- Freins et leviers exprimés pour l'appropriation des outils proposés p.26
IV.1.1- Présentation du parcours coordonné (1ère réunion) p.26
IV.1.2- Hétérogénéité des pratiques et des structures p.30
IV.1.3- Les critères d'inclusion des patients (2ième réunion) p.34
IV.1.4- Construction des deux consultations initiales de l'addictologue (3ième réunion) p.38
IV.1.5- Finalisation des outils du parcours coordonné (4ième réunion) p.42
IV.1.6- Synthèse des freins et leviers p.45
IV.2- Recueil des avis des addictologues sur le dispositif p.47
IV.2.1- Motivations exprimées sur le principe du parcours partagé p.50
IV.2.2- Freins rencontrés lors de la démarche collective p.55
IV.2.3- Implication annoncée dans la mise en place du dispositif p.60
V- Discussion p.63
V.1- Principaux enseignements p.63
V.2- Forces de l'étude p.67
V.3- Limites de l'étude p.69
V.4- Perspectives p.71
VI- Conclusion p.73

-Bibliographie p.75
-Annexes p.78
-Serment d'Hippocrate p.83
-Titre et résumé en Anglais p.84
-Résumé et mots clés p.85

Liste des tableaux et figures

Tableaux :

Tableau 1 - Comparaison des organisations des structures pour la prise en charge du patient fumeur …….. p 33

Tableau 2 - Caractéristiques des addictologues participants (n=18)…….… p 48

Figures :

Figure 1 - Répartition des addictologues en ex-Aquitaine (support 1ère réunion projet PACT du 20 mars)…… p 21

Figure 2 - Chronologie de la construction collective……... p 25

Figure 3 : Contribution du doctorant aux travaux……. p 25

Figure 4 : Acteurs du système de santé participant à la réunion de lancement du 20 mars 2019……... p 27

Figure 5 : Enjeux multiples de ce parcours coordonné.……... p 28

Figure 6 : Nombre de réunions auxquelles ont assisté les participants (n=18)…….… p 49

I-Introduction

D'après l'OMS en 2019 (1), l'épidémie de tabagisme continue de tuer plus de 8 millions de personnes chaque année dans le monde, dont plus de 7 millions sont ou ont été consommateurs, et environ 1,2 millions non-fumeurs mais exposés à la fumée.

En France, la consommation de tabac reste un enjeu majeur de santé publique.
Chaque année, elle est responsable d'environ 73 000 décès prématurés, ce qui représente la première cause de mortalité évitable (2), d'après le baromètre santé 2017 du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Elle constitue également un coût social et sociétal important pour notre pays. La France compte environ 11,6 millions de fumeurs en 2018 (3), avec une baisse de 1,6 millions de fumeurs en deux ans, passant ainsi à une prévalence du tabagisme quotidien à 25,4% (contre 29,4% en 2016). Ce résultat traduit l'impact de la politique publique actuelle, qui a intensifié les dernières années, sa lutte contre le tabagisme. En janvier 2019, est paru un Bulletin de Santé publique (4) présentant l'état des lieux détaillé des données concernant les habitudes tabagiques et la morbi-mortalité associée au tabac dans les régions françaises. Ainsi, la région Nouvelle-Aquitaine en 2017 comptait 1,1 millions de fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans, ce qui représentait une proportion non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine.

Actuellement un nombre croissant de patients demandent de l'aide pour l'arrêt du tabac, ceci favorisé par les campagnes nationales de Santé publique, mais malheureusement il devient de plus en plus difficile d'obtenir une consultation spécialisée en addictologie, du fait de la saturation de leur activité.
Il était donc intéressant de rechercher une nouvelle organisation des soins pour accompagner les patients vers l'arrêt du tabac.

En Septembre 2017 une médecin addictologue à l'Hôpital du Bouscat, a réalisé une expérimentation (5) ayant pour objectif de familiariser les médecins traitants à l'accompagnement à l'arrêt du tabac, par leur intégration pratique dans une prise en charge de leurs patients fumeurs, partagée avec l'addictologue.
Il s'agissait également de permettre l'accueil, en consultation spécialisée, des patients complexes et urgents, dans les délais exigés par leur état.
Ce dispositif répondait pleinement aux évolutions actuelles des politiques de santé vers le développement de la prévention, le décloisonnement ville-hôpital, la fluidification des parcours, et la coordination des professionnels autour du patient.

L'évaluation de la perception et des attitudes des 30 médecins généralistes impliqués, menée dans le cadre d'une thèse de médecine en 2018 par le Dr M. Fournols (6), a permis de montrer un accueil pleinement favorable de ces praticiens, et un accroissement de leurs compétences.
Les patients, dont l'avis a été systématiquement recueilli par l'addictologue responsable-projet, à 3 mois du début de l'expérience, ont exprimé également leur grande satisfaction sur ce dispositif.
Celle-ci a donc proposé de diffuser la méthode et les outils de cette expérience princeps à des confrères addictologues volontaires en ex-Aquitaine. Cette construction a bénéficié du soutien de l'ARS, et a été mise en œuvre au titre de l'Association AGIR33-Aquitaine (dans laquelle elle travaille également).

18 addictologues se sont portés volontaires pour cette expérimentation collective.
Il s'agissait d'accompagner ces spécialistes pour l'appropriation de la méthode et la construction des outils à partir de ceux utilisés dans l'expérience princeps ville-hôpital pour l'arrêt du tabac.

Notre question de recherche est donc : « Quels sont les freins et les leviers d'actions pour l'appropriation de la méthode et des outils de ce parcours coordonné en ex-Aquitaine ? ».

II-Contexte

II.1- La lutte contre le tabac, une priorité de santé publique

Le tabac reste en France la première cause évitable de mortalité. Il est également lié à de nombreuses maladies et pèse sur la santé (7) (8) et le système économique des Français, comme l'explique le site « Tabac-info-service.fr » et le « Référentiel de Psychiatrie et d'Addictologie ».
De nombreux cancers sont causés par le tabac, le plus connu étant le cancer du poumon, mais on retrouve également celui des lèvres, bouche, larynx, œsophage, pancréas, reins, vessie et utérus.
Il est l'un des principaux facteurs de risques d'infarctus du myocarde et peut-être à l'origine de nombreuses autres maladies cardio-vasculaires (accidents vasculaires cérébraux, artérites des membres inférieurs, hypertension artérielle, troubles de l'érection, anévrysme).
On le retrouve également dans d'autres pathologies, soit en lien direct, soit aggravées par le tabagisme comme la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'emphysème, les bronchites chroniques, les infections ORL et dentaires, les maladies des gencives, les parodontites, la cataracte, la DMLA, le lupus, le psoriasis, l'eczéma, les gastrites, les ulcères gastro-duodénaux, le diabète de type II, …

Il représente par ailleurs un coût social calculé en 2015 par le Professeur P. Kopp (9), de l'ordre de 122 milliards d'euros chaque année. Ce rapport publié par l'Observatoire Français des drogues et des toxicomanies, inclut le coût externe attribuable au tabac (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, perte de production), et le coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur le tabac).

Il est donc devenu, pour chaque gouvernement successif, un enjeu majeur et une priorité de santé publique.
En 2014, sous l'égide de Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, le gouvernement lançait un « Programme National de Réduction du Tabagisme » (10).
Celui-ci s'inscrivait pleinement dans la même stratégie que le plan élaboré pour 2013-2017 sur la lutte contre les drogues et les conduites addictives (11)
Il avait pour buts de :

- Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac, en s'appuyant sur quatre principaux leviers (rendre les produits du tabac moins attractifs, étendre les lieux où il est interdit de fumer et renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, encadrer les dispositifs électroniques de vapotage, et améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs).

- Aider les fumeurs à s'arrêter (en développant une information plus efficace, en impliquant davantage les professionnels de santé et en mobilisant les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac, en améliorant l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac, et en rendant exemplaire les ministères).
- Agir sur l'économie du tabac (en luttant contre le commerce illicite, en améliorant la transparence de l'industrie du tabac, et en augmentant les moyens dédiés à la lutte contre le tabac).

Ce programme ambitieux, a permis l'obtention de premiers résultats conséquents et encourageants mais bien évidemment insuffisants quant aux objectifs espérés.

Ainsi, comme le montre le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (3) sur les données de prévalence 2018, on compte 1,6 millions de fumeurs en moins en deux ans. Ceci traduit, outre l'arrêt du tabac par les fumeurs, une baisse du nombre de jeunes qui entrent dans le tabagisme.

De nombreuses mesures emblématiques ont ainsi pu paraître déterminantes, comme la mise en place du paquet neutre, le remboursement des substituts nicotiniques, l'opération « #MoisSansTabac » tous les mois de novembre, les nouveaux prescripteurs et enfin l'augmentation progressive et régulière des prix du tabac.

Il persiste cependant des problématiques majeures, dont l'augmentation des décès en lien avec le tabagisme chez les femmes et le maintien des inégalités sociales dans la prévalence du tabagisme quotidien.

Il est donc important de continuer dans cette voie, et d'augmenter les moyens pour lutter contre ce fléau. C'est pourquoi, il a été décidé de poursuivre ce travail par la construction d'un nouveau « Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 » (12) afin d'agir de façon encore plus conséquente. Celui-ci, porté par Madame Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, et Monsieur Gérald Darmanin Ministre de l'Action et des Comptes publics, va essayer de prolonger et d'intensifier le dispositif avec pour objectif de fond de voir dès 2032, une première génération d'adultes entièrement non fumeuse.

On retrouve ainsi 28 actions qui devront être menées sur cette période, regroupées dans 4 axes majeurs.

-Axe 1 : Protéger nos enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme (en déployant de nouveaux modèles d'interventions, en débanalisant le tabac et en le rendant moins attractif).

-Axe 2 : Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage (en améliorant l'accessibilité des traitements et des prises en charge, et en s'adaptant aux besoins des publics spécifiques et vulnérables).

-Axe 3 : Agir sur l'économie du tabac pour protéger la santé publique (en rendant moins accessibles les produits du tabac, en luttant contre les achats transfrontaliers, en poursuivant la lutte contre toutes les formes de trafics et d'achats illicites, et en soutenant la reconversion des buralistes).

-Axe 4 : Surveiller, évaluer, chercher et diffuser les connaissances relatives au tabac.

II.2- Place actuelle du médecin généraliste dans la lutte contre le tabac

A l'heure actuelle, le médecin généraliste doit occuper une place primordiale dans l'aide à l'arrêt du tabac. Il représente le plus souvent le premier recours pour les patients et il est également le professionnel de santé qui connait son patient dans sa globalité. Cela peut représenter un atout non négligeable pour l'adhésion du patient et le renforcement de sa démarche de sevrage.
Le tabagisme étant un enjeu majeur de Santé publique, il est temps de leur donner les moyens pour se former dans ce domaine.
En 2014, la Haute autorité de Santé rappelait dans ses « Recommandations de bonnes pratiques » sur l'arrêt de la consommation de tabac (13), l'intérêt du dépistage individuel de l'usage du tabac et de la dépendance en pratique médicale, ainsi que l'importance de sa prise en charge. Il était précisé que, « *Ces recommandations s'adressent en priorité aux médecins généralistes, naturellement concernés par la prévention dans le cadre de la prise en charge globale et du suivi au long cours de leurs patients, et qui rencontrent en premier lieu la grande majorité des patients visés par ces recommandations* ».
En effet comme le rappelle l'article L4130-1 du Code de la santé publique, une des missions de premier recours des médecins généralistes est de « *contribuer aux actions de prévention et de dépistage* » (14).

Dans ses « Recommandations de bonnes pratiques » datant de 2014, la HAS préconise « *que soient formés au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac : tous les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes* ».
Dans le nouveau Programme National de lutte contre le tabac 2018-2022 (12), il est rappelé qu'il est essentiel de former et de soutenir les professionnels de santé, en promouvant « *la priorisation de l'accompagnement au sevrage tabagique dans le cadre de la formation continue* ».

L'Assurance Maladie a également décidé de rajouter un indicateur de pratique clinique, pour la rémunération sur objectifs de santé publique du médecin traitant de l'adulte (ROSP) (15) : « *Part des patients tabagiques du médecin traitant ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier* ».

Cette première expérience de « Partenariat ville-hôpital pour la prise en charge de l'arrêt du tabac » s'inscrit donc pleinement dans ce cadre, en permettant au médecin généraliste d'accroître ses compétences dans ce domaine, grâce à la prise en charge conjointe avec le médecin addictologue.

II.3- Le décloisonnement ville-hôpital, une priorité des politiques de santé

II.3.1- Les limites actuelles de l'accès aux consultations spécialisées

Une enquête dirigée par la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques) en 2018, a fait le constat d'un délai d'attente variable mais important pour certaines spécialités médicales (16). Ceci met malheureusement en exergue le fait que des patients peuvent avoir des difficultés pour accéder à certains professionnels de santé, d'autant plus lorsqu'ils vivent dans des communes avec une faible densité de professionnels de santé.
Bien que cette étude n'évalue pas l'accès aux consultations d'addictologie, celle-ci n'en demeure pas moins problématique.
En effet, devant l'augmentation des demandes des patients pour arrêter de fumer, les créneaux de consultations se trouvent très rapidement saturés.

De nombreux défis sont apparus, comme le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de maladies chroniques, s'y ajoute l'exigence croissante des usagers d'une prise en charge efficace, dans un contexte d'inégalités d'accès aux soins lié à la raréfaction des ressources médicales.
Ces constats rendent nécessaire le renforcement des liens entre les acteurs médicaux.
Il devient donc de plus en plus urgent de trouver des solutions pour améliorer notre système de santé.

Dans ce contexte le Président de la République, Emmanuel Macron et sa ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, ont présenté le 19 novembre 2018 « Ma Santé 2022 » (17), qui doit être une transformation en profondeur de notre système de santé.
En février 2019, l'ARS explique dans un article intitulé « Pourquoi transformer notre système de santé » (18), que « *l'offre de soins pâtit d'un cloisonnement trop fort entre ville, hôpital et médico-social, de la dispersion des ressources qui éparpille compétences et investissement, et des soins de ville qui sont encore insuffisamment structurés. La complexité et le cloisonnement de notre système laisse souvent le patient coordonner lui-même les différents professionnels. Le système de santé doit être adapté à l'évolution des pathologies, aux progrès des soins, aux besoins des patients et aux attentes des professionnels de santé* ».
On retrouve donc comme objectif dans la Stratégie Nationale de Santé « Ma santé 2022 », l'enjeu de passer « *d'un système cloisonné, fondé sur les soins curatifs tarifiés à l'activité à un système davantage tourné vers le parcours du patient, la prévention, la coordination des acteurs et des secteurs, la qualité des soins et la pertinence des actes* ».
Des mesures ont donc été proposées dans le Rapport Final de l'ARS de 2018 « Repenser l'organisation territoriale des soins » (19), rédigé en lien avec cette stratégie de transformation du système de santé.

L'ARS souhaite que de nombreux parcours de soins co-construits et validés par des professionnels de santé voient le jour, afin d'améliorer la qualité de prise en charge des patients : « *Mesure 9 : Faire émerger des projets de santé de Territoire pour organiser la coopération notamment entre les acteurs de l'offre de soins publics et privés dans chaque territoire* ».

C'est également le constat qu'établit le rapport de 2018, de la Fédération Hospitalière de France, qui rappelle l'intérêt des échanges entre professionnels de ville et de l'hôpital (20). Pour cela, elle émet des propositions dont :

- Une simplification des échanges avec l'hôpital pour les libéraux, notamment par la création d'annuaires ou numéros uniques par services de spécialité.
- Favoriser l'exercice mixte entre ville et hôpital.
- Investir pour un système d'information commun et ainsi permettre un échange sécurisé d'informations et de données entre les professionnels.

Toutes ces idées vont dans le même sens : faciliter l'accès aux soins du patient et construire un parcours de santé simplifié et coordonné entre les professionnels de ville et l'hôpital public.

II.3.2- Expérimentation initiée à l'hôpital Suburbain du Bouscat (Gironde) en 2017

Un partenariat ville-hôpital a été mis en œuvre dès 2017 par le Dr N. Lajzerowicz, addictologue à l'Hôpital Suburbain du Bouscat, sous la forme d'un accompagnement conjoint, par l'addictologue et le médecin généraliste, des patients pour l'aide à l'arrêt du tabac. Le patient suivait un parcours, avec une chronologie établie des rencontres entre spécialiste et médecin traitant. L'initiation de la prise en charge était basée sur deux consultations hospitalières (pour la présentation de la démarche, les informations sur la maladie addictive et l'introduction des traitements addictolytiques de soutien), suivies de deux consultations de médecine générale (pour accompagner l'évolution : évaluer les symptômes de sevrage, la tolérance au traitement, l'adhésion à la thérapie comportementale), afin de réduire progressivement la consommation de tabac.
Une nouvelle consultation à 1 mois de traitement avec le spécialiste, permettait de valider l'arrêt de la consommation, ou bien de renforcer la motivation des patients plus difficiles, avant de réadresser le patient à son médecin traitant pour les consultations de suivi.
Par la suite le patient était revu par l'addictologue à 3 et 6 mois de cette dernière consultation, avec entre temps un suivi régulier par son médecin traitant (1 fois par mois).

Afin de permettre cet échange d'informations entre professionnels, et cette transmission de compétences, l'addictologue utilisait un courrier d'information à destination du médecin traitant, un

guide synthétique des consultations (synoptique sur une page), et un dossier patient partagé. Elle avait également proposé une soirée de formation en début d'expérimentation.
Une assistance téléphonique était mise à disposition des médecins pour répondre à toutes interrogations sur l'accompagnement de leurs patients.

Le travail de thèse de M. Fournols (6) « Partenariat ville-hôpital pour la prise en charge de l'arrêt du tabac : Retour d'expérience de 30 médecins généralistes de l'agglomération bordelaise », a permis de montrer que ce dispositif était bien accueilli par les médecins généralistes. Ils se sentaient accompagnés et soutenus par la spécialiste, avec la perception de bénéficier d'une formation effective sur l'aide à l'arrêt du tabac. Ainsi, 26 médecins sur 28 (n = 26/28) ont déclaré avoir été motivés par le principe de ce partenariat, 14 sur 20 (n = 14/20) ont jugé l'organisation du calendrier de consultation satisfaisante, 14 sur 17 (n= 14/17) ont apprécié l'utilité du synoptique adressé, 13 sur 20 se sont déclarés satisfaits du support dossier, 15 sur 20 ont estimé que la durée de consultation était pertinente, 17 sur 20 se sont sentis aidés lors de cette expérience, 17 sur 20 ont exprimé le souhait de renouveler cette prise en charge conjointe pour d'autres patients fumeurs, et 8 sur 20 se sentent dorénavant en capacité de gérer seuls un arrêt du tabac.
L'addictologue responsable du projet a également recueilli l'avis des patients, qui ont exprimé la perception d'un soutien renforcé par cette collaboration entre la tabacologue et leur médecin traitant.
De nombreux points positifs étaient ainsi rapportés, comme la complémentarité de l'accompagnement, un engagement plus marqué pour les patients, le sentiment d'être soutenus et valorisés, une plus grande sensibilisation du médecin traitant, l'importance de la formation des médecins.

La doctorante et l'addictologue ont également évalué en binôme le suivi du parcours : 7 patients sur 28 ont réalisé le parcours complet, 13 sur 28 ont effectué le parcours partiellement chez le médecin traitant, et 8 sur 28 n'ont eu aucune consultation avec le médecin traitant.
Les résultats en termes de sevrages obtenus étaient encourageants avec 20 patients sur 31 ayant réussi le maintien de l'abstinence à 1 mois, 18 sur 31 à 3 mois, et 14 sur 31 à 6 mois. De plus si « *on considère les 20 patients ayant effectivement réalisé le parcours en tandem, au moins partiellement, 12 patients sur 20 sont encore abstinents après 6 mois* ».

Ce dispositif est donc apparu comme une nouvelle procédure probablement efficace pour aider les patients dans cette démarche d'aide à l'arrêt du tabac, malgré la petite taille d'échantillon.
C'est sur ces constats positifs qu'un déploiement de cette expérience en ex-Aquitaine, pouvait paraître intéressant.

II.3.3- Les autres expériences de parcours en France

Dans la perspective de diffusion de ce Parcours coordonné en tabacologie, nous avons effectué des recherches initiales, sur l'existence d'autres expériences de parcours de soins en France.
Nous avons ainsi pu trouver quelques références dans les moteurs de recherches scientifiques consultés : Cismef, Revmed, Medscape, Pubmed :

- Créé en 1999, l'association « **Tab'agir** » (21) est un groupement de partenaires informels (praticiens hospitalier, médecins libéraux, institutions et associations). Ils organisent ensemble un programme d'actions partenariales pour lutter contre le tabac dans l'Yonne et la Nièvre. Leurs missions comprennent : la prévention dans le milieu scolaire, le coaching téléphonique, la mise en place de consultations gratuites vers un psychologue et une diététicienne, le suivi à 6 mois et à 1 an pour les patients membres du réseau, et la formation des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmières Asalée, psychologues, …) à la tabacologie et à l'entretien motivationnel.

- Le service **PRADO** (22), représente quant à lui le pionnier du parcours de soins coordonné du patient. Créé en 2010, ce service a 2 objectifs majeurs, faciliter le retour du patient à son domicile après une hospitalisation, et fluidifier le parcours hôpital-ville.
  Il concerne dorénavant de nombreux domaines, allant de la sortie de maternité, de chirurgie, de décompensation cardiaque, d'exacerbation d'une BPCO, mais aussi pour la sortie d'hospitalisation des AVC et des personnes âgées de 75 ans et plus.

- L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, a mis en place un programme en 2016 « **Médecins partenaires** », en partenariat avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, l'ASIP Santé et la Société française de médecine générale (23). Celui-ci doit permettre d'améliorer les échanges entre les médecins de ville et l'hôpital, par la création d'un service de prise de rendez-vous en ligne spécifique aux médecins partenaires, une liste de numéros dédiés (assurant un contact permanent et seniorisé), et enfin de transmettre dans les plus brefs délais les comptes rendus et documents de sortie des patients.

- Un Parcours labellisé datant de 2016 (24) « **Prévention et soin en addictologie** » sur le Bassin d'Arcachon Sud, permet aux « *professionnels du territoire de divers champs d'intervention, et susceptibles de rencontrer des personnes concernées par la problématique des conduites addictives* », de les adresser dans une des 3 principales structures d'addictologie (l'ANPAA Sud Bassin, le CEID-addictions d'Arcachon, et l'UFNA au Centre hospitalier d'Arcachon). Cette

démarche collective et transversale a pour but de « *prévenir l'entrée dans les usages à risque, favoriser le développement des compétences psychosociales, promouvoir des comportements et des environnements favorables à la santé, limiter l'usage, favoriser le développement du repérage précoce, prévenir la désinsertion socio-professionnelle, faciliter l'accès à la réduction des risques et des dommages, favoriser l'accès à une prise en charge spécialisée au long cours en évitant toute rupture de soin* ». Le professionnel peut ainsi remplir une fiche d'aide à l'orientation vers une structure d'addictologie en adéquation avec le souhait et les moyens (transport, protection sociale, …) du patient, mais également suivant les spécificités de sa conduite addictive. Il peut aussi obtenir une synthèse sur le parcours de soins et les réunions concernant le patient.

- Il existe également un **Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie** (DSPP) (25), expérience menée dans l'agglomération Toulousaine.
  Débuté en février 2017, ce dispositif a été conçu pour améliorer le partenariat entre les médecins généralistes et la psychiatrie.
  Ainsi le médecin généraliste dispose d'un accès aux consultations de psychiatrie facilité, dans le cadre du DSPP, avec une réponse (appel téléphonique ou courrier) rapide, et une proposition d'un projet de soin personnalisé (prise en charge par le médecin traitant avec le soutien du DSPP, qui peut revoir le patient en cas de difficulté).
  Cette expérience a pour objectif de réguler et fluidifier le parcours de soins en psychiatrie.

- Un groupe de travail mené par le Docteur François Paille, intitulé « **Construire un parcours de soins coordonnés Addictologues-hépatogastroentérologues pour les patients addicts. Parcours adapté aux besoins de chaque patient.** » (26) (27) a été élaboré en décembre 2018.
  Ce parcours de soins, adapté à la majorité des patients VHC, inclut le suivi par un addictologue, un médecin généraliste et un hépatogastroentérologue. Il a pour objectif de dépister et traiter l'infection par le VHC chez les patients présentant une conduite addictive, mais également de prendre en charge les patients addicts dans leur globalité.
  Ainsi est proposée la création d'un parcours de soins simple et facile, en limitant le plus possible les contraintes pour les patients et les professionnels de santé.
  Nous n'avons pas trouvé pour l'instant les résultats de la montée en charge du projet.

- Une autre expérience de parcours de soins entre cardiologue et médecin généraliste des hautes Alpes a été évaluée par un thésard en médecine fin 2018 et présentée en 2019 (28). Intitulée « **Optimisation de la prise de rendez-vous en cardiologie dans le cadre du parcours de**

soins coordonné », celle-ci avait pour objectif de faciliter et de vérifier si les délais de rendez-vous souhaités par les médecins généralistes étaient respectés.

- Un travail de thèse soutenue à Grenoble en 2019 (29), « **Coordination des soins des patients dépressifs : Perceptions croisées entre psychiatres et médecins généralistes** », avait pour objectif principal de confronter les perceptions des médecins généralistes et des psychiatres sur leur coopération dans la prise en charge des patients dépressifs. Il ne s'agissait pas d'un parcours à proprement parler, mais plutôt d'une analyse qualitative avec recueil par entretiens semi-dirigés de l'avis des médecins généralistes et des psychiatres sur la coordination des soins pour les patients dépressifs.

En conclusion, il est intéressant de voir que la notion de « Parcours de soins coordonnés » devient un enjeu majeur afin de faciliter la prise en charge de nos patients. C'est pourquoi les politiques actuelles essayent d'intensifier leur développement.

On peut souligner que, à la différence des autres parcours cités plus haut, celui élaboré à l'hôpital Suburbain du Bouscat place le patient au centre de la prise en charge (avec une importante responsabilisation).
D'autre part, son aspect novateur de « compagnonnage cognitif », favorise un transfert de compétences pour développer l'autonomie du correspondant médical.
Enfin, il permet à l'addictologue d'alléger les consultations spécialisées des cas « tout-venants » pour permettre l'accès aux soins des cas complexes.
Cette stratégie « gagnant-gagnant-gagnant » pour les patients, les médecins traitants et les addictologues, est un atout de cette expérience.

Nous n'avons par ailleurs pas retrouvé d'autres parcours de soins dans le domaine de la tabacologie.

II.4- Problématique et question de recherche

Bien que cette expérience ait reçu un retour très positif de la part des patients et des médecins généralistes, elle présentait la limite d'une taille réduite de la population d'étude (n = 30).

Par ailleurs, même si ce parcours coordonné, poursuivi depuis, touche désormais plus d'une centaine de médecins généralistes, il était intéressant d'envisager la possibilité de proposer ce rôle de « transmetteur de compétences » à d'autres spécialistes.

C'est ce qu'a engagé l'addictologue responsable du projet, Dr Lajzerowicz (Hôpital du Bouscat/AGIR33), avec le soutien de l'ARS, sous l'égide d'AGIR33-Aquitaine Association coordonnée par le Pr P. Castéra, en **organisant l'appropriation de la méthode et des outils de cette expérience** princeps par des confrères addictologues volontaires en ex-Aquitaine.

Le projet a été dénommé PACT-tabac.

Cette diffusion devait permettre d'évaluer à terme **la transférabilité du dispositif,** avant d'envisager son extension en Nouvelle-Aquitaine.

Cette notion de transférabilité est un élément fondamental pour l'évaluation des expérimentations. Elle est définie par L. Cambon (Chaire de recherche) et le Pr F. Alla (Professeur de Santé Publique) comme « *la mesure dans laquelle les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être atteints dans un autre contexte* » (30). C'est une notion de plus en plus importante dans le domaine de la Promotion de la santé.

D'après l'IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé) Auvergne-Rhône-Alpes, il est recherché dans les enjeux de celle-ci une « *reproduction non seulement de la mise en œuvre d'une intervention, mais aussi de ses résultats, dans un nouveau contexte* » (31). Il est donc essentiel de s'interroger *« sur les différences en termes de prévalence du problème de santé, de caractéristiques des populations (socioéconomiques 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 initiale* » (31).

L'addictologue coordinatrice du projet a construit **un déroulé progressif de travail collectif** : elle proposait des objectifs de complexité croissante pour chacune des réunions successives, programmés de façon mensuelle :

- 1ère réunion : Exposé par la coordinatrice de l'expérience princeps et de ses enjeux, témoignages de médecins généralistes impliqués, expression des pratiques spécialisées ;
- 2ième réunion : Consensus sur les critères d'inclusion des patients dans le parcours ;
- 3ième réunion : Travail collectif sur l'élaboration d'un dossier patient partagé ;
- 4ième réunion : Validation du dossier complété et finalisé en inter-séance, et autres outils ;
- 5ième réunion : Concertation sur les modalités pratiques de lancement du projet, test du livret, recrutement des patients, budget-recherche.

Enfin il était essentiel de recueillir leur compréhension des enjeux, l'expression des difficultés perçues. Il s'agissait également d'acter leur engagement.

La question de recherche est donc la suivante :
Quels sont les freins et les leviers d'actions pour l'appropriation de la méthode et des outils de ce parcours coordonné en ex-Aquitaine ?

II.5- Objectifs de l'étude

Objectif principal :

Le principal objectif de cette étude était d'identifier les freins et les leviers retrouvés dans cette démarche collective. Pour cela, il fallait recueillir les avis concernant l'expérience initiale et les perceptions des addictologues impliqués, sur le déroulement de cette recherche de consensus.

Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- Identifier les pratiques organisationnelles actuelles des addictologues dans le domaine de l'aide à l'arrêt du tabac.
- Evaluer la pertinence de la méthode mise en place pour obtenir leur adhésion et leur appropriation des outils proposés.

III- Matériel et méthode

III.1- Aspects réglementaires et éthiques

Il n'y avait pas de nécessité d'un dépôt du projet au Comité de Protection des Personnes (CPP), car conformément à la loi Jardé de Novembre 2016 et à son arrêté de Mai 2017, toutes recherches reposant sur des questionnaires et entretiens auprès des professionnels de santé ou des recherches portant sur les pratiques professionnelles, ne relèvent pas du CPP.
Nous n'avons par ailleurs pas eu la nécessité de déposer un projet à la Commission Nationale Informatique et liberté (CNIL), du fait de l'absence de recueil de données de santé.
Un consentement oral a été demandé aux médecins addictologues lors des entretiens dans leurs structures afin de les enregistrer. Nous les avons assurés de l'anonymisation de leurs réponses.

III.2- Type d'étude

Il s'agit de **deux études qualitatives.**

La première étude, sur les échanges en réunion entre spécialistes lors de la recherche de consensus, s'est basé sur la retranscription intégrale par l'intermédiaire d'un dictaphone des discussions des participants par le doctorant, des quatre premières réunions mensuelles menées en mars, avril, mai et juin 2019.

Pour la deuxième étude, le recueil des avis et appréciations des addictologues/tabacologues participants, était réalisé sur la base d'un questionnaire rempli en entretien direct, semi-dirigés, en fin de processus.
Les entretiens ont été réalisés du 1er juillet 2019 jusqu'au 02 Septembre 2019. Le doctorant s'est déplacé dans les structures des addictologues afin de recueillir, à l'aide d'un dictaphone, leurs réponses. Ceci permettait une retranscription exacte de leurs propos, dans un cadre facilitant pour eux.
Chaque réponse était retranscrite par écrit sans modification afin d'en garder l'authenticité.

III.3- Population étudiée et modalités de recrutement

Le recrutement des participants a été effectué en amont du travail de la thèse par l'addictologue coordinatrice qui a contacté individuellement plus d'une trentaine de spécialistes. Elle s'est attachée à constituer un groupe représentatif des différentes structures de tabacologie en ex-Aquitaine, ainsi que des différents territoires. 18 médecins addictologues, tous volontaires, ont été retenus.
La carte suivante montre la répartition des addictologues, impliqués dans l'expérimentation sur le territoire d'ex-Aquitaine.

Chaque territoire (Dordogne, Gironde, Landes, Lot et Garonne, Pyrénées Atlantiques), comportait au moins un centre. Cela était important pour que l'expérience princeps soit diffusée dans toute l'ex-Aquitaine.

De nombreuses structures départementales étaient ainsi représentées (SSR, ANPAA, CHU, Centres Hospitaliers, Clinique mutualiste, Centre d'Examen de Santé, CEID, …) ce qui permettait d'offrir une diversité des addictologues concernés, et des futurs patients inclus.

Cette répartition répond aux attentes de l'Agence Régionale de Santé qui a souhaité voir s'étendre ce dispositif dans d'autres territoires du département, en privilégiant la représentativité des différentes structures d'addictologie.

Figure 1. Répartition des addictologues en ex-Aquitaine (support 1ère réunion projet PACT du 20 mars).

La coordonnatrice a détaillé très précisément sa méthodologie de travail lors de rencontres du Professeur Linda Cambon (Chaire de Santé Publique à l'ISPED, Bordeaux) sur la base d'un outil pour accompagner cette transférabilité, ASTAIRE (32). Celui-ci se compose de deux grilles et de critères visant l'applicabilité d'une expérience et sa transférabilité, afin d'effectuer un reporting des interventions initiales, analyser la comparabilité des contextes, et accompagner le transfert de façon optimisée.

Cet exercice complexe devait permettre de définir les éléments clé du processus du parcours proposé. Cette première étape a confirmé les points majeurs et les plus contributifs de la méthode et des outils.

III.4- Appropriation des outils initiaux, phase de recueil de consensus

Les outils qui ont servi de base pour le travail d'optimisation, sont ceux utilisés lors de la première expérience menée à l'Hôpital Suburbain du Bouscat. On y retrouve le « dossier support (INPES-Santé publique France) », le « courrier et le Synoptique de prise en charge conjointe » créés par le Dr N. Lajzerowicz, et enfin le « carnet de suivi du patient » sous différentes versions.
L'addictologue coordinatrice a adressé à tous en Janvier la **communication de l'expérimentation princeps**, publiée dans la Revue Le Courrier des Addictions de décembre 2018 (5), afin que chaque addictologue puisse en prendre connaissance et se familiariser avec ses principes. L'organisation de 4 réunions mensuelles successives avaient pour but de construire un consensus entre les spécialistes sur leur contenu. Nous avons réalisé les modifications, soit en séance plénière, soit après réception de mails. Elles étaient enregistrées par l'intermédiaire d'un dictaphone PHILIPS VoiceTracer DVT2710.
Le thésard retranscrivait l'intégralité des réunions (12 à 35 pages selon les réunions), et la coordinatrice en réalisait une synthèse sur 2 pages, afin d'en faciliter la lecture.

Au début de chaque nouvelle réunion, elle reprenait l'ensemble des suggestions proposées lors de la dernière, afin d'entériner les modifications.

III.5- Recueil et analyse des avis des participants, phase d'entretiens

Recueil :

Pour réaliser les entretiens auprès des addictologues, nous leur avons adressé un mail, qui présentait à nouveau le doctorant, fournissait ses coordonnées, rappelait notre démarche dans le cadre de la thèse, et leur demandait s'ils étaient d'accord pour nous rencontrer. Nous leur rappelions également la durée estimée de cet entretien et leur avons signifié notre disponibilité pour nous déplacer directement dans leurs structures.
Très rapidement ont été fixés les rendez-vous, par échange de mail ou par téléphone.

Chaque entretien a été réalisé en face à face. Le doctorant demandait que l'entretien soit enregistré, afin de garantir une retranscription exacte de leurs propos, tout en leur rappelant l'anonymisation de leurs réponses. Ils ont été enregistrés par l'intermédiaire d'un dictaphone PHILIPS VoiceTracer DVT2710.
Le fait d'avoir fait le choix de nous déplacer dans leurs structures, leur permettait de pouvoir nous recevoir dans le cadre de leur travail, et ainsi de ne pas avoir le sentiment de perdre du temps pour nous répondre.

Pour cette partie de l'étude, nous avons réalisé avec l'addictologue coordinatrice un support d'entretien. Son objectif était rappelé par une première phrase d'accroche :

« *Il s'agit d'échanger avec vous sur les opportunités et les difficultés perçues sur ce projet de diffusion de partenariat entre tabacologues/ addictologues et médecins généralistes pour accompagner l'arrêt du tabac de leurs patients communs* ».

Nous rappelions également les informations réglementaires concernant sa réalisation et la gestion des réponses des addictologues :

« *Il s'agit d'une thèse qualitative, qui sera basée sur l'ensemble des commentaires de tous les addictologues rencontrés. Si vous en êtes d'accord, nous allons réaliser un entretien, d'une durée de 10 minutes environ, qui sera enregistré par ce dictaphone. L'entretien sera anonymisé lors de la retranscription écrite, et la confidentialité de vos propos sera assurée. Vous serez, si vous le souhaitez, destinataire d'un résumé des résultats de ce recueil collectif* ».

Celui-ci incluait 3 questions principales. Les 2 premières contenaient 3 sous-questions, avec un choix volontaire de questions ouvertes, afin de ne pas orienter les réponses des addictologues. Ainsi celles-ci étaient authentiques, et permettaient de recueillir l'ensemble de leurs avis.

La dernière avait pour but de **recueillir l'engagement des addictologues,** avec la possibilité d'effectuer un commentaire pour compléter leur choix.

Enfin, en cas d'accord pour participer à l'inclusion des patients, le doctorant obtenait une adresse postale afin de leur envoyer ultérieurement les livrets partagés nécessaires à l'expérimentation.

Les questions posées étaient les suivantes :

« **Quelles sont selon vous les opportunités de ce dispositif de partenariat :**

- Pour les patients ?
- Pour les médecins généralistes ?
- Pour les addictologues ?

Quelles ont été les difficultés que vous avez pu éprouver dans votre participation à la construction commune des outils :

- Dans le principe ?
- Les présences aux réunions ?
- Pour donner votre avis par mail ?

Décidez-vous de vous impliquer concrètement à l'automne dans l'inclusion des patients ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Commentaire :

Si oui, votre adresse postale pour l'envoi des 20 livrets par AGIR33 : ……..»

Analyse :

Concernant les données des entretiens, elles ont été analysées par l'intermédiaire de la version d'essai gratuite du logiciel NVIVO 11. Celui-ci reste une référence dans les recherches qualitatives. Il nous a permis de centraliser les données ressortant des textes d'entretiens, de les coder et d'en tirer des mots-clés. Cette analyse s'est déroulée pendant 10 jours par le doctorant seul. Ainsi 17 entretiens ont pu être codés.

IV- Résultats

Cette construction collective est ainsi détaillée dans la frise chronologique suivante :

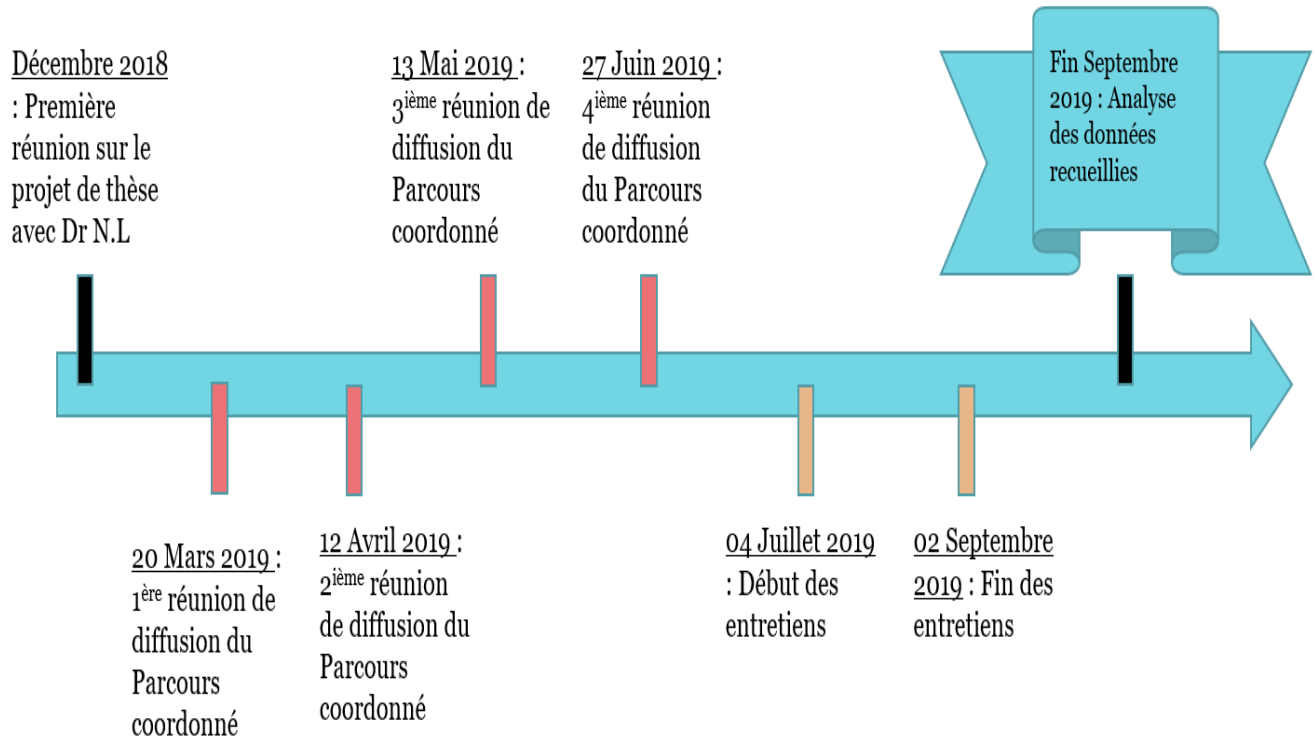

Figure 2. Chronologie de la construction collective.

- Une première réunion avec le doctorant et l'addictologue coordinatrice a eu lieu en Décembre 2018, afin d'expliquer le « Parcours coordonné », sa diffusion et le projet de thèse.
- Il y a eu par la suite 4 réunions « Diffusion du Parcours coordonné » entre le 20 Mars 2019 et le 27 Juin 2019, d'une durée de 3 heures chacune.
- Les 17 entretiens avec les addictologues ont eu lieu du 04 Juillet 2019 au 02 Septembre 2019.
- L'analyse des données recueillies pendant ces entrevues ont été effectuées fin septembre 2019.

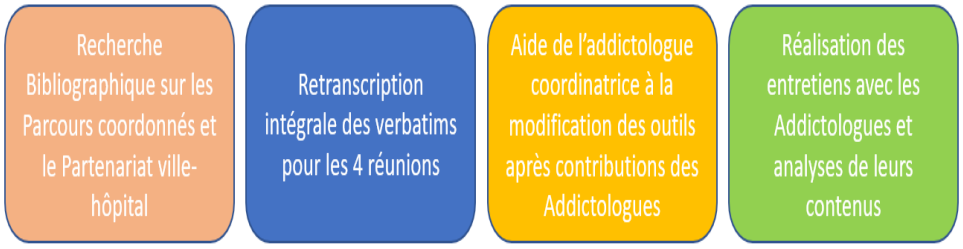

Figure 3. Contribution du doctorant aux travaux.

IV.1- Freins et leviers exprimés pour l'appropriation des outils proposés

IV.1.1- Présentation du parcours coordonné (1ère réunion)

La première réunion a eu lieu dans les locaux de l'Agence Régionale de Santé et a permis à la coordinatrice d'exposer le parcours coordonné, les bénéfices attendus pour le patient, le médecin traitant, l'addictologue et la collectivité, et de recueillir les impressions des participants. Cette réunion a par ailleurs permis à l'ARS de rappeler les enjeux de la lutte contre le tabac, et l'importance des projets de décloisonnement ville-hôpital. Ceux-ci ont également été précisés par le représentant de l'URPS et du CROM.

Nous avons pu confirmer qu'il répondait en grande partie à leurs attentes, mais nous avons également relevé quelques freins -exprimés directement ou perçus- dans leurs pratiques courantes.

Le tour de table des pratiques des addictologues présents a permis de relever une diversité des lieux d'exercices (ANPAA, CEID, …), également une **hétérogénéité des organisations d'équipes** (« *moi, c'est une infirmière qui reçoit les patients en premier, rarement l'addictologue* »), **des profils de patients reçus** (état complexe, situation de précarité), **des modes d'entrées dans la prise en charge** (adressés par leur médecin généraliste, hospitalisés, …), **des méthodes proposées, et de la périodicité du suivi.**

Les témoignages de trois médecins généralistes impliqués dans la 1ère expérience ont souligné l'intérêt de ce parcours et ses apports dans leur pratique.

Ce projet a permis de réunir, lors de la première réunion, une **diversité importante d'acteurs du système de santé** (figure 4)**.**

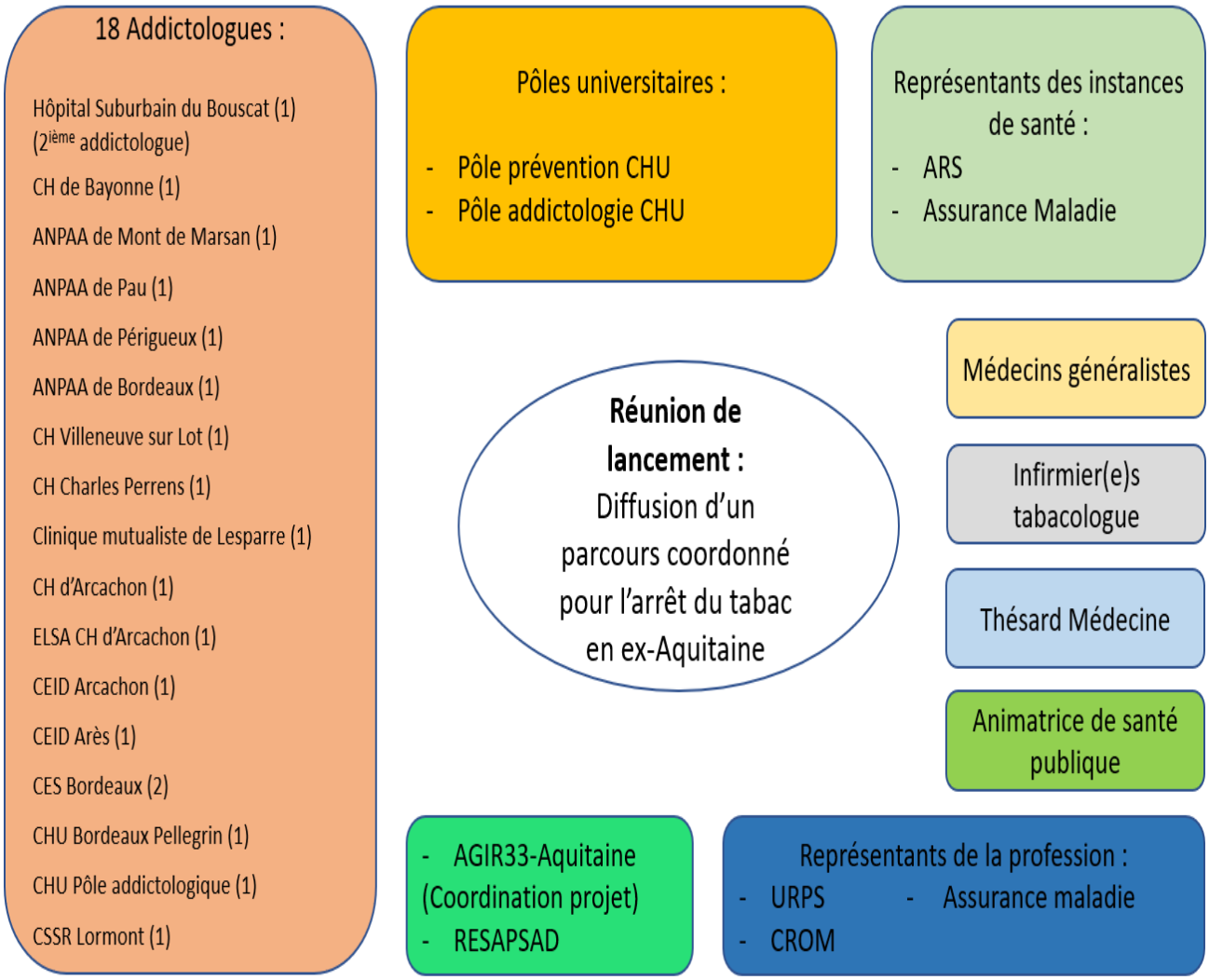

Figure 4. Acteurs du système de santé participant à la réunion de lancement du 20 mars 2019.

Les leviers identifiés :

-La diversité des professionnels présents a permis d'échanger sur le Parcours et les différents apports escomptés.

-L'addictologue coordinatrice a notamment présenté une illustration de ses enjeux à tous les participants (Figure N°5).

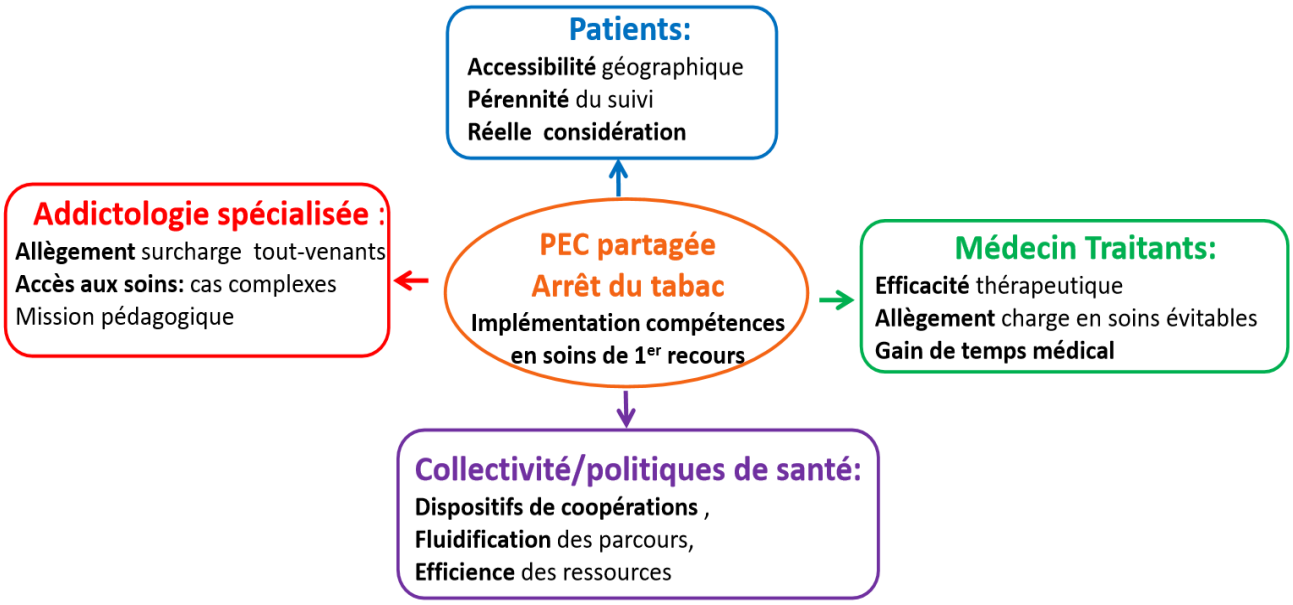

Figure 5. Enjeux multiples de ce parcours coordonné
(diaporama 1ère réunion 20 mars 2019, présenté par N. Lajzerowicz)

-Les médecins généralistes présents ont pu relater leurs expériences positives de ce parcours, et confirmer les bénéfices apportés par cette expérimentation.

Ainsi pour un des médecins généralistes « *Le gros du travail est débuté par les addictologues et comble ainsi notre mauvaise formation sur ce sujet* ».

Pour un autre « *C'est difficile parfois d'entrer en matière, d'effectuer ce travail d'arrêt. On est souvent limité dans notre prise en charge, et ça nous permet de nous former dans les thérapeutiques. En plus on partage les responsabilités avec le spécialiste* ».

Enfin pour le troisième « *ça m'a permis d'accroître mes connaissances en addictologie avec l'expertise du spécialiste. La première consultation par l'addictologue est très importante car souvent chronophage. Et j'ai également noté un meilleur investissement du patient* »

Dans l'ensemble ils se sentent mieux armés pour prendre en charge cette problématique « *je me sens plus confiant dans la prise en charge du tabac des patients, et je me sens plus apte à les aider* ».

-Un des représentants de **l'URPS-médecins libéraux a souligné l'intérêt de ce parcours** devant « *une extrême difficulté pour effectuer les consultations d'addictologie chez les médecins généralistes, avec des consultations parfois trop chronophages* ».

-Certains addictologues ont également fait part de leur **intérêt pour ce parcours**, « *moi j'aime le projet de Nathalie, et j'ai même déjà essayé de mettre ça en place dans un autre projet* », « *il existe un vrai intérêt dans cette création de lien entre l'hôpital et la ville, c'est sûr* ».

-Certains **approuvent les constats** ayant justifié l'expérience initiale : « *je suis d'accord, nous devons diminuer notre prise en charge des cas simples* », « *j'ai jusqu'à deux mois d'attente, un nombre trop important de demandes de sevrage, c'est vraiment compliqué…* ». Ils s'accordent sur des notions d'actualités comme sur le fait que l'addiction au tabac doit être considérée comme une maladie chronique, et qu'il est important de développer des liens avec les soins de premier recours.

-Enfin l'ensemble des participants ont **rappelé l'importance de ce sujet.** Pour le représentant de l'Ordre des médecins, pneumologue, « *le sevrage du tabac est essentiel, c'est tout de même 70000 morts chaque année !* ».

-Les représentants de l'ARS ont également conclu : « *la lutte contre le tabac est une des priorités, et ce parcours de décloisonnement ville-hôpital représente probablement une avancée qui va dans ce sens* ».

Les freins relevés étaient les suivants :

-Certains addictologues ont émis des réserves quant à la gestion des dossiers et le partage de ceux-ci : « *moi ce qui me gêne, c'est ce partage des dossiers, on fait quoi si le patient nous le perd ?* », « *je ne suis pas sûr que je puisse faire sortir un dossier de ma structure, ça va être compliqué !* ».

-Certains addictologues émettaient également une crainte de se retrouver avec des consultations trop chronophages, notamment pour la première.

-Enfin si le but premier de cette réunion de lancement était de présenter le parcours coordonné, le tour de table nous a montré l'hétérogénéité des pratiques des addictologues et de leurs structures. Il était ainsi important **d'identifier et de prendre en compte leurs divergences de pratiques**, qui apparaissaient bien plus profondes que prévu.

-En fin de réunion, il a été par ailleurs demandé par les addictologues de définir rapidement les cas simples et les cas complexes, car cette notion était pour eux capitale.

➔ Les principaux leviers pour la réalisation du projet de parcours coordonné sont :

- **Un nombre important de participants, d'origine professionnelle très diversifiée ;**
- **La connaissance des enjeux et bénéfices par l'ensemble des acteurs sur ce nouveau projet ;**
- **Le témoignage des médecins généralistes sur leurs expériences positives de ce parcours ;**
- **Un accueil favorable des addictologues ;**
- **Un accueil favorable par les représentants de l'URPS et de l'Ordre des médecins ;**

➔ Les principaux freins sont :

- **Une diversité importante des pratiques et du fonctionnement des structures ;**
- **Une réticence sur le partage des dossiers ;**
- **La crainte de consultations trop chronophages ;**

IV.1.2- Identification d'une grande hétérogénéité des pratiques et des organisations

Suite à cette première réunion, il apparaissait essentiel de faire le point sur les pratiques menées par les addictologues et les organisations des structures, afin de pouvoir identifier les points divergents ou les similitudes.

Hétérogénéité des supports :

Entre la première et la deuxième réunion, nous avons essayé de prendre connaissance de l'ensemble des dossiers utilisés par les addictologues dans leurs centres respectifs, pour faire le point sur leurs pratiques.

Certains des dossiers ont pu être transmis à la coordinatrice, d'autres nous ont été adressés par mail, et enfin certains ont énuméré la liste des items contenus dans leur dossier par téléphone. Ce travail nous a permis de nous rendre compte d'une très grande hétérogénéité, avec une utilisation d'outils et d'items variés. Il est intéressant de noter que dans la grande majorité des cas, ils ne se servaient pas du dossier « consultation de tabacologie » créé par L'INPES (33), ou alors en allégeant son contenu comme le Centre d'Examen de Santé de Bordeaux.

On peut ainsi retrouver l'utilisation du test de Horn (qui permet d'établir un profil psychologique de la dépendance au tabac) pour certains, l'évaluation Q-mat (renseigne sur la motivation à l'arrêt du tabac) pour d'autres, la mesure du Co-expiré, la situation sociale du patient, …

Ainsi sur 16 centres addictologiques, on retrouvait dans 75 % ou plus des cas (n ≥12/16) les items suivants :

- adressé par un professionnel de santé (n=12),
- son sexe (n=14),
- son niveau d'étude (n=12),
- sa situation sociale (n=13),
- l'âge de début du tabagisme régulier (n=14),
- le Co-Test (n=12)
- la co-consommation de cannabis (n=13),
- les poly-addictions (n=13),
- antécédents de dépression (n=13),
- les motivations à l'arrêt (n=13),
- les antécédents de tentatives de sevrage (n=14),
- les traitements en cours (n=12),
- évocation utilisation cigarettes électroniques,
- …
- l'âge du patient (n=14),
- son poids (n=12),
- sa profession (n=13),
- sa prise en charge ALD (n=12),
- la consommation de tabac par jour (n=14),
- consommation à risque d'alcool (n=12),
- autres consommations de toxique (n=12),
- les comorbidités somatiques, psychiatrique,
- les pathologies concomitantes (n=12),
- les craintes vis-à-vis du sevrage (n=13),
- psychotrope en cours (n=12),
- les traitements de substitution (n=14),
- Etes-vous enceinte (n=12),

Dans 50 % ou plus des cas ($n \geq 8/16$) :

- sa couverture médicale (n=11),
- le bilan sanguin (n=11),
- autres sources de gratification (n=9),
- carnet de suivi patient (n=8),
- test de Fagerstrom (n=10),
- statut du conjoint par rapport au tabac (n=10),
- motivations à atteindre votre objectif (n=9),
- le budget consacré au tabac (n=11),
- projet de grossesse (n=11),
- …

Dans 25 % ou plus des cas ($n \geq 4/16$) :

- questionnaire de suivi (n=6),
- vaccination (n=6),
- questionnaire diététique (n=4),
- …

Et enfin dans moins de 25% des cas ($n<4/16$) :

- Diagramme de conceptualisation (n=1),
- Questionnaire des schémas de Young (n=2),
- Test de Grimaldi (n=2),
- EVA (n=3),
- test de Horn (n=3),
- Tabacco Craving questionnaire (n=1),
- Evaluation Q-mat (n=3),
- …

Le tableau complet, des items des dossiers tabac utilisés dans les différentes structures est situé en annexe 1.

Certains addictologues intègrent la question diététique pour toutes leurs consultations, tandis que d'autres l'aborderont en fonction des patients, et certains ne l'évoqueront pas. Il en est ainsi pour de nombreux items. Ceci peut être expliqué en grande partie par la diversité des parcours et des formations

qu'ont reçu les addictologues interrogés. D'autres addictologues préfèrent utiliser des observations libres, qu'ils remplissent en fonction des patients et de leurs besoins.

Enfin nous n'avons pas pu récupérer les items de dossier d'un seul centre, celui du Centre Hospitalier de Charles-Perrens.

Il est important de rappeler, que tous ces addictologues exercent dans des structures différentes (Cf Tableau 1) (Centres hospitaliers, Cliniques, pôle de santé, ANPAA, Centre d'examens de santé, …), avec pour certains une orientation addictologique particulière sur le tabac, tandis que d'autres accueillent les patients sans consultation spécifiquement dédiée. Ceci peut expliquer en partie cette grande disparité des supports utilisés.
Le fait également qu'ils exercent ou non de façon conjointe avec d'autres professionnels de santé (infirmières, assistantes sociales, psychologues, …) joue probablement un rôle.

Hétérogénéité des organisations :

D'après le Tableau 1, on peut s'apercevoir que chacun des addictologues abordent la prise en charge du patient fumeur avec une organisation propre (Cf Tableau 1).

Tableau 1 : Comparaison des organisations des structures pour la prise en charge du patient fumeur

Tabacologues / Organisations	Qui remplit le dossier initial ?	Qui reçoit le patient lors de la première consultation ?
Hôpital Suburbain du Bouscat	Patient en salle d'attente, puis avec l'aide du tabacologue	Tabacologue
CEID Arès	Tabacologue	Tabacologue
Centre d'examens de santé Bordeaux	Patient en salle d'attente, puis avec l'aide du tabacologue	Tabacologue
Centre hospitalier de la côte basque	Envoi du dossier au domicile, rempli par le patient, puis complété avec l'infirmière ou le tabacologue	Tabacologue, et parfois infirmière
Pôle de santé du Villeneuvois	Envoi du dossier au domicile, rempli par le patient, puis complété avec l'infirmière ou le tabacologue	Infirmière ou tabacologue
Clinique Lesparre	Infirmière ou tabacologue	Infirmière ou tabacologue
ANPAA Pau	L'nfirmière ou l'éducateur en santé remplit la partie générale, puis partie médicale remplie avec le tabacologue	Infirmière ou éducateur en santé, puis tabacologue
ANPAA Périgueux	L'nfirmière ou le CESF en premier, puis le patient remplit le livret de l'INPES chez lui, et finit de le remplir lors de sa consultation avec le tabacologue	IDE ou CESF, puis revoit le tabacologue lors de la deuxième consultation
ANPAA Mont de Marsan	L'infirmière ou l'éducateur en santé remplit la partie générale, puis partie médicale remplie avec le tabacologue	Infirmière ou éducateur en santé, puis tabacologue
ANPAA Bordeaux	L'infirmière ou l'éducateur en santé remplit la partie générale, puis partie médicale remplit avec le tabacologue	Infirmière ou éducateur en santé, puis tabacologue
CEID Arcachon + Bordeaux	Personnels paramédicaux ou tabacologue	Personnels paramédicaux puis / ou tabacologue
ELSA Arcachon	Infirmière + Assistante sociale + tabacologue	Infirmière + Assistante sociale + tabacologue
Centre hospitalier d'Arcachon	Envoi du dossier INPES au domicile, rempli par le patient, puis complété avec l'infirmière	Infirmière
CSSR Les Lauriers Lormont	Courrier préadmission rempli par le patient dans sa structure, puis dossier initial rempli par tabacologue	Entretien en binôme, avec tabacologue et personnel paramédicale
CH-Charles Perrens	Aucune donnée	Aucune donnée
CHU Haut leveque	Patient complexe, avec PEC globale, pas uniquement sur tabac. Dvlpement PEC Tabaco en cours.	PEC globale par l'équipe
CHU Pellegrin	Envoi du dossier au domicile, rempli par le patient et complété avec l'infirmière d'accueil le jour de la consultation	Infirmière puis tabacologue

IV.1.3- Les critères d'inclusion des patients (2ième réunion)

Cette 2ième réunion s'est tenue à l'Hôpital Suburbain du Bouscat et avait pour objectif principal de définir les critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion dans le parcours coordonné, des fumeurs se présentant en consultation spécialisée.

Ainsi après discussion, les addictologues sont **parvenus à un consensus sur ces critères**.

Critères d'inclusion par le tabacologue/addictologue :

-Patients fumeurs > ou =18 ans,

-Demandeurs d'une aide pour arrêter de fumer du tabac

-Venant de sa propre initiative ou adressé par son médecin traitant

-Acceptant les principes du parcours coordonné (adhésion écrite)

-Y compris femmes enceintes

-Y compris patients avec pathologie somatique grave

Critères de non inclusion (patient gardé en prise en charge exclusive) :

-Absence de médecin traitant déclaré ou médecin traitant conjoint (ou autre proche familial)

-Polyaddiction : Autre(s) trouble(s) d'usage sévère(s) (avec ou sans substance) : seuil proposé à 10 verres/sem et 10 joints/an)

-Troubles psychiatriques non stabilisés (hormis anxiété)

-Contexte pré-opératoire urgent (dans les 2 mois)

-Troubles cognitifs empêchant le parcours coordonné

-Problèmes de couverture sociale empêchant la prise en charge des soins

-Présence provisoire sur le territoire de l'étude (< 6 mois)

Critères d'exclusion :

-Refus du médecin traitant d'assurer le parcours coordonné

-Abandon de la procédure suite à la première consultation

Ils ont par la suite pu évoquer la réalisation de **formations ciblées à proposer aux médecins généralistes.**

La discussion a également porté sur les professionnels de premier recours à impliquer, et ils ont acté que pour cette première expérimentation collective, il fallait rester sur un partenariat médecin addictologue et médecin généraliste.

D'autres points divers ont également donné lieu à des échanges comme les modalités d'intégration du patient dans le parcours, l'accès rapide aux consultations spécialisées lorsqu'un sevrage mené par le médecin généraliste se complexifie.

Enfin le « dossier patient » a été abordé, avec des échanges spontanés sur son contenu, afin d'amorcer la 3ième réunion. **Le groupe a ainsi construit l'hypothèse d'un livret supplémentaire, simplifié et court.**

Les leviers ont été les suivants :

-En premier lieu, il est important de relever que cette réunion a permis **d'aboutir à un consensus sur les critères d'inclusion et d'exclusion**, qui reprenait l'ensemble des souhaits des participants.

-Les addictologues présents sont parvenus à se mettre d'accord malgré de nombreuses divergences initiales. Notamment sur **l'inclusion de « patients simples »** : *« si l'objectif c'est que les médecins généralistes aient plus envie et se sentent plus compétents pour prendre en charge les patients tabac, il faut leur donner les situations simples* », « *oui au début il ne faut pas les affoler* ».

-Le fait que le parcours soit **modulable en fonction de leurs évaluations** était bien reçu « *comme tu disais justement Nathalie la dernière fois, c'est-à-dire que le parcours des consultations alternées est malléable, quand on reçoit le patient il y a le cadre habituel, et celui-là est peut-être simple, mais voilà vous allez avoir une intuition que celui-ci n'accroche pas, celui-là on va le voir deux, ou trois fois, avant de le renvoyer à son médecin* ».

-Ils ont pu ainsi aborder le support Dossier Patient et conclure à la **nécessité d'un support simplifié** et court « *il faut que le médecin se dise, ça c'est simple, je peux me l'approprier* », *« c'est pour ça que je pense que le dossier de l'étude doit être hyper simple avec rappel des critères d'inclusion et d'exclusion, et puis les trucs indispensables à transmettre au médecin et qu'il pourra s'approprier, et qui serait suffisant pour un fumeur lambda* ».

Les freins étaient les suivants :

-Certains ont énoncé des difficultés devant les **critères d'exclusion des patients** dont l'absence de couverture sociale ou de médecin traitant, « *nous par rapport au service de santé, on a quand même beaucoup de sevrages tabagiques chez des personnes en situation de précarité* ».

-Pour d'autres, **l'organisation de leurs structures** pouvaient présenter quelques problèmes, comme la première consultation faite par les autres professionnels para-médicaux « *au niveau de la structure où je travaille, à priori le médecin ne voit aucun des patients que l'on est censé inclure, ils sont vus par les autres professionnels* », « *oui effectivement un sevrage tabac qui débute pour la première fois un sevrage verra l'infirmière* ».

-Avant de conclure sur les critères, les débats ont été nombreux et certains addictologues ont ainsi exprimé des désaccords, « *je veux reparler des femmes enceintes, je trouve dommage de pas en prendre si on décide de pas en prendre* », « *Non les grossesses tu les inclues !* ».

-Des discussions ont également eu lieu sur les patients présentant des **pathologies somatiques graves**, que l'addictologue coordinatrice n'avait pas inclus dans l'expérience princeps, argumentant : « *Oui ces gens-là, les poly-artériels ou les insuffisants respiratoires sont déjà des gens qui ont déjà fumé toute leur vie, soit intensément, soit beaucoup et qui par leurs parcours ont des difficultés à arrêter. Pour ma part, je les gardais en consultation* ». Les avis de ses collègues étaient différents : « *moi au contraire je pense que c'est peut-être utile pour ces patients là qu'ils aient cette alternance, donc ce n'est pas plus mal de les inclure* » « *Donc on les garde ceux-là ?* » « *Oui il faudrait !* ».

-Des divergences sont également apparues sur **l'échange avec le médecin généraliste**. Ainsi certains ont confié qu'ils préféraient appeler leurs confrères avant de leur envoyer un patient pour ce parcours « *moi je pense que je vais appeler mes confrères quand même !* », d'autres préféraient la réalisation de réunion pour leur présenter le projet « *si les médecins généralistes avaient une formation pour, une réunion le soir pour leur présenter le projet, on pourrait voir s'ils adhérent et s'ils sont d'accord pour recevoir des patients* ».
Ces notions de formation et d'information ciblées à proposer aux médecins généralistes seront ainsi réabordées au moment du lancement de la montée en charge.

-Les addictologues ont encore énoncé le problème de **mise en circulation de leur dossier patient** avec le médecin traitant, et donc la nécessité de construire plutôt un livret supplémentaire pour permettre cette communication entre les deux acteurs de soins « *moi, je le dis à nouveau, mais je ne peux pas faire sortir mon dossier. Il faut en faire un autre et si possible avec des données pertinentes pour les médecins traitants* ».

-Il faut également noter qu'un certain nombre de **sujets de discussion n'étaient pas en rapport** avec le sujet de la réunion, et que par conséquent ils ont complexifié les échanges. Ainsi, il y a eu de nombreux partages sur la réalisation des FMC « *on peut peut-être faire des FMC pour attirer du monde* » « *il faut un bon resto pour être sûr d'en avoir, j'en ai fait pas mal…* », l'agrément DPC « *et pourquoi pas monter ça en DPC, faut juste faire un dossier non ?* » « *Un agrément DPC ça permet la carotte car sur 3 ans il faut en faire 2 au moins* », la participation des IDE « *Le tabac a souvent été pris en charge à l'intérieur des établissements par les infirmières* » « *Pourquoi ne pas faire participer les IDE ?* », le questionnaire d'ARROLL de la dépression « *c'est bon j'ai trouvé l'information sur internet, le questionnaire d'ARROLL c'est assez simple en fait …* ».

Sur les 35 pages de verbatim rédigé par le doctorant, un peu plus du quart ne concerne pas directement les objectifs de la réunion, dont l'animation était assez difficile.

-A noter que lors de cette deuxième réunion, **le nombre d'addictologues était de 8** (la participation s'est de nouveau accrue lors des 2 réunions suivantes, avec 12 addictologues présents) « *chaque structure a son parcours spécifique et ça peut expliquer la question du peu de présence de participants. En ayant discuté avec certains d'entre eux, c'est qu'ils ne voyaient pas comment s'impliquer dans l'expérience* ».

➔ **Les principaux leviers sont :**

- **Les addictologues sont parvenus à aboutir à un consensus sur les critères d'inclusions et d'exclusions ;**
- **L'assurance donnée par la coordinatrice-projet que le parcours était modulable en fonction de l'évaluation du patient ;**
- **Les addictologues ont conclu à la nécessité d'un support dossier patient simplifié et dans un format court.**

➔ **Les principaux freins sont :**

- **Une difficulté dans le suivi et l'inclusion des patients suivant les critères définis ;**
- **L'organisation de certaines de leurs structures pouvant présenter quelques problèmes ;**
- **Une diminution du nombre de participants lors de cette réunion ;**
- **Un nombre insuffisant de réponses par mail ;**
- **Des divergences notamment sur l'échange avec le médecin généraliste avant de réaliser ce parcours ;**
- **De nombreuses discussions n'ayant pas de rapport avec le thème de la réunion et ayant contribuées malheureusement à distraire les participants ;**
- **La crainte pour certains du partage de leurs dossiers, internes aux structures.**

IV.1.4- Construction des deux consultations initiales de l'addictologue (3ième réunion)

Cette 3ième réunion avait pour objectif de construire les consultations initiales de l'addictologue. Elle a eu lieu dans les locaux de l'Agence Régionale de Santé

Le Pr F. Alla responsable du Pôle prévention du CHU (Service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention), était présent et a rappelé l'enjeu de cette démarche collective, les phases prévues pour son évaluation, et explicité la notion de transférabilité.

Seuls les représentants de **4 structures** (CH Bayonne, CEID Arcachon, CH Arcachon, CSSR les Lauriers) **avaient transmis leurs contributions par mail,** allant d'une simple phrase sur un item de dossier, à la proposition d'une maquette de consultation addictologique (CH Bayonne).

La coordinatrice avait donc proposé à l'addictologue du CH de Bayonne d'animer à son tour la réunion, en proposant son support sur diaporama.

Les addictologues présents ont pu débattre sur les modalités du support et son contenu. Ils sont parvenus après de nombreux débats à un consensus, toutefois portant seulement sur la 1ère consultation d'addictologie.

En fin de séance, il a été proposé aux participants de **poursuivre la réflexion en** interséance sur la suite du livret partagé.

Des sous-groupes de travail ont également été constitués pour avancer avant la réunion suivante et permettre l'adhésion et l'implication du plus grand nombre : l'un pour finaliser la consultation initiale (CH de Bayonne, Hôpital Suburbain du Bouscat, Agir 33 Aquitaine), l'autre pour le carnet de traçabilité (CEID Arès, CH Charles Perrens) et enfin le troisième sur le synoptique-guide des consultations (CES bordeaux, ANPAA Périgueux, CH Villeneuve sur Lot).

Ces groupes avaient pour objectif d'échanger par mail entre la troisième et la quatrième réunion, ceci afin de pouvoir avancer le plus possible.

Les leviers identifiés ont été les suivants :

L'animation de la séance par l'addictologue du CH de Bayonne pour favoriser l'implication de ses collègues. Ce changement d'interlocuteur avait pour but de dynamiser la discussion et de permettre une démarche pleinement participative.

Trois supports de « livret patient » ont pu ainsi être proposés afin d'échanger avec le groupe (celui du Dr E. Herran / CH de Bayonne, du Dr N. Lajzerowicz / Hôpital Suburbain du Bouscat et du Dr N. Hamon Cadet / CSSR les Lauriers).

Cette réunion a été très participative, avec de nombreux échanges entres les addictologues, notamment sur les données à inclure dans le dossier.

Ils ont pu se mettre d'accord sur la majorité des items à inclure, mais également sur la forme que ce dossier devait avoir. Pour exemple, sur le choix du support papier versus informatique, pour un

addictologue : « *après tout on ne part pas de rien, car on a déjà une expérimentation où cela a fonctionné, donc il n'est pas nécessaire de tout changer, donc pourquoi modifier le support, on peut débuter avec le papier* ». Les autres semblaient également d'accord avec ce choix *« Le support informatique peut être un frein* », « *avec le papier, le patient se sentira plus concerné* ».

Les freins étaient les suivants :

Il est important de relever que malgré le souhait d'échanger par mail entre la 2ième et la 3ième réunion (« *Nous vous proposons ainsi d'établir parmi les items de vos dossiers respectifs, ceux qui vous paraissent utiles à la prise en charge conjointe, pour les proposer lors de la réunion du 13 Mai prochain* »), pour apporter leurs avis sur ce livret partagé, très peu d'addictologues ont joué le jeu. Seuls trois participants ont amené un dossier (CH de Bayonne, CSSR les lauriers, Hôpital Suburbain du Bouscat).
Beaucoup de sujets ont été abordés, et souvent de nombreuses tergiversations sont intervenues.

-Pour certains addictologues, le fait de **remplir deux dossiers étaient un frein important** « *mais s'il y a deux dossiers, du coup le nôtre doit être simplifié, donc il faut vraiment qu'il y ait des cases à remplir, il faut écrémer le plus possible* ». Cette notion de case paraissait importante notamment pour le Centre Hospitalier Charles Perrens « *il faut des cases avec des propositions, c'est plus simple* ».
Chaque addictologue avait des réponses différentes suivant les items abordés, et ceci a été relevé par le Pr F. Alla « *il est intéressant que pour une variable, vous avez tous des réponses différentes* ».
Par exemple, pour le « test de Fagerstrom », certains addictologues considéraient qu'il fallait le laisser dans le dossier partagé « *oui, mais ça parlera plus au médecin généraliste, que le CO expiré par exemple* », « *pour les généralistes c'est bien, c'est le seul qu'ils connaissent* », tandis que d'autres voulaient absolument l'enlever « *le score de Fagerstrom c'est une probabilité d'avoir une addiction, donc ça n'a aucun intérêt pour le diagnostic, donc même s'ils le connaissent, malheureusement ça ne sert à rien* ».

-Pour le « mode de vie », certains addictologues souhaitaient rajouter de nouvelles cases, « *moi je mettrais le logement, s'il est SDF, isolé ou en couple, si son conjoint est fumeur, s'il a des* enfants », et pour d'autres ce détail paraissait trop important « *si on détaille trop, après on se noie dans l'information* ».

-Pour le « poids actuel », un addictologue souhaitait voir renseigner l'IMC, mais les autres préféraient rester simples « *moi, je pense que la surveillance du poids simple et entièrement suffisante* », « *oui, il faut faire simple et si possible le mettre plutôt dans les antécédents de sevrage, sinon on confronte le patient à un échec dès le début* ».

-Pour « l'évaluation psychologique », une addictologue souhaitait l'utilisation d'échelle « *c'est important de montrer que l'on a évalué, et les échelles ça parle au médecin et c'est simple à utiliser* », mais la majorité des addictologues voulaient uniquement que soit écrit une note « *il faut juste mettre les diagnostics précis et point barre, pas besoin d'échelle* ».

-Pour les « antécédents de sevrages », une addictologue souhaitait la mise en place d'un tableau « *on peut mettre l'item « quand, comment, et la durée » sous forme de tableau !* », tandis que pour un autre cela complexifiait le dossier « *le tableau c'est trop compliqué* ».

-Pour « la mesure du CO expiré », des addictologues souhaitaient qu'elle apparaisse « *non mais le CO en consultation initiale on est obligé !* », et pour certains ce n'était pas utile « *le CO pour le médecin généraliste ça ne sert à rien !* ».

Cette divergence est ainsi apparue sur de nombreux items (évaluation psychologique, état somatique, …) et a parfois complexifié les échanges.

Enfin, comme pendant la 2ième réunion, **de nombreux échanges n'étaient pas directement en lien avec les objectifs**. Ils ont ainsi évoqué leurs expériences dans des groupes de pairs sur le tabac « *moi j'ai essayé de faire un groupe de pairs mais ça n'a pas fonctionné* », le prix des clefs USB « *ça dépend si tu achètes en gros, ou juste une clef USB* » « *moi j'en ai déjà acheté en nombre à un fournisseur…* », le lieu de présentation du support papier du livret « *moi le livret partagé je ne peux pas le laisser dans la salle d'attente, ça va être trop compliqué* », l'attribution par leurs structures d'un téléphone « *moi j'ai moins de chance que toi, il ne me paye même pas la ligne…* » « *moi j'ai dû réclamer pour avoir le téléphone pro* », et de nombreux autres sujets.

➔ **Les principaux leviers sont :**

- **La participation du responsable du pôle prévention du CHU et les éclairages apportés ;**
- **L'animation de la réunion par une autre addictologue afin de favoriser l'implication des autres collègues ;**
- **La proposition de trois supports de « livret patient » pour optimiser les échanges ;**
- **La richesse des débats entre les addictologues, favorisant la dynamique de groupe ;**
- **La constitution des sous-groupes de travail, renforçant l'adhésion et l'implication du plus grand nombre.**

➔ **Les principaux freins sont :**

- **Un manque d'échange par mail entre les réunions pour donner leurs avis et contribuer à cette démarche collective ;**
- **Des désaccords et discussions sur beaucoup de sujets, qu'elles soient en lien avec les objectifs de la réunion ou non (la construction des deux consultations, le type de support utilisé pour le livret, le prix des supports, …) ;**

IV.1.5- Finalisation des outils du parcours coordonné (4ième réunion)

Cette 4ième réunion avait pour objectif de finaliser le livret partagé (Annexe 2), le synoptique des consultations, le courrier d'accompagnement, et le carnet craving. Elle était organisée au siège de l'URPS.

En inter-réunion, l'addictologue coordonnatrice avait **complété le livret partagé**, en lien avec l'addictologue de Bayonne et finalisé une maquette support pour les deux consultations d'addictologie initiales et les deux consultations de suivi par le médecin traitant. Elle avait adressé par mail avant cette réunion cette maquette de livret, ainsi que le synoptique-guide des consultations, légèrement modifiée par le sous-groupe concerné, notamment sur la hot-line.

Le Dr J-L. Delabant, Président de la commission Prévention à l'URPS-Médecins libéraux a confirmé que **les médecins généralistes doivent jouer un rôle prioritaire dans la prévention.**

Trois nouveaux médecins généralistes, impliqués en 2019 dans la poursuite du parcours avec l'Hôpital du Bouscat, ont à leur tour témoigné que ce dispositif de parcours coordonné leur avait permis de **d'améliorer leurs prises en charge de l'arrêt du tabac**.

Le doctorant a également présenté une **synthèse des dossiers** d'addictologie interne aux structures, et de la diversité des pratiques.

Le **livret partagé** présenté a été assez rapidement validé, ainsi que le **guide des consultations.**

Le **courrier d'accompagnement** destiné aux médecins généralistes a fait l'objet d'un net allégement demandé par les représentants de la profession.

Pour le **sous-groupe du carnet craving**, seul un addictologue avait transmis un document, mais celui-ci étant interne à une structure, il n'a pas pu être diffusé. Plusieurs carnets ont donc été proposés, et il a été décidé que chaque addictologue pouvait conserver son support, l'essentiel étant d'en utiliser un.

Pour finir, il a été demandé aux addictologues présents de tester les outils dès l'été.

Les leviers identifiés ont été les suivants :

-La présence de 3 nouveaux médecins généralistes ayant déjà participé au parcours comme les 3 précédents médecins présents à la première réunion, leur a permis de rappeler l'utilité de celui-ci et l'intérêt qu'il pouvait apporter dans leur pratique courante. « *ça m'a permis de modifier la prise en charge de mes patients, et d'intégrer les interventions brèves dans ma pratique* », « *je me sens dorénavant prête pour gérer certains de ces patients seule* », « *j'ai vraiment apprécié cet échange et cette façon d'échanger. Ça me guide et permet de structurer ma consultation* ».

-Concernant le livret partagé (qui leur a été envoyé pour avis avant la réunion), « *c'est évident que quand j'ai comparé avec celui de l'INPES, il est plus court et mieux organisé* », « *moi pour dire vrai, je ne le lisais même pas, alors que celui-ci est plutôt bien construit, et clair !* », « *le nouveau dossier permet de structurer ma consultation, il y a un côté guidant, mais c'est très appréciable* ».

-Cette séance a également pu bénéficier de la présence d'un médecin de l'URPS, qui lui aussi a semblé élogieux concernant le parcours « *c'est évident que les médecins généralistes doivent jouer un rôle majoritaire dans la prévention, et pour ma part j'apprécie que ce parcours soit guidant ! C'est un peu dans l'optique de ce que l'on retrouve avec les autres spécialistes, un échange !* ».

-Les trois sous-groupes de travail (premier groupe : 1ère consultation « addictologue » dans le livret partagé ; deuxième groupe : guide des consultations et courriers ; troisième groupe : carnet de craving) investis lors de la 3ième réunion ont ainsi essayé d'échanger par mails. Seuls les 2 sous-groupes constitués pour la **finalisation de la consultation initiale et celui du synoptique**, sont parvenus à s'accorder sur des modifications de ces supports.
Cela a permis de conclure en séance, et de valider les outils après quelques dernières modifications, demandées notamment par les médecins généralistes présents et les addictologues.
Cela fut **plus compliqué pour celui du carnet de traçabilité**.
Un troisième type de support a pu être proposé par le SSR de Lormont.

-Enfin, la possibilité de mettre en place un **système de visioconférence** pour la réalisation des prochaines réunions, a été favorablement perçu par l'ensemble des participants, « *c'est une très bonne idée, car pour moi ça faisait loin quand même* », « *là je pourrais y assister sans problème, dommage que l'on n'ait pas mis ça en place de suite* ».

Les freins relevés étaient les suivants :

-Malgré la demande de tester le dossier partagé entre la troisième réunion et celle-ci, **aucun des addictologues présents n'a pu expérimenter le nouveau livret**. L'intérêt de réaliser un test sur un ou deux patients dans chaque centre était d'affiner les choix avant le début de l'expérimentation. Ceci a dû être mené durant la réunion, donnant lieu encore à des discussions : ainsi des modifications supplémentaires ont été souhaitées durant la séance, notamment remplacer le terme « consultation hospitalière » par « consultation d'addictologie hospitalière ou en CSAPA », préciser d'augmenter les doses de patchs si sous-dosage sur le synoptique, mettre en place un code couleurs différent pour les trois partenaires de la prise en charge sur le livret partagé, changer de place le CO-Test en début de synthèse de la consultation addictologue préparatoire, ajouter la « taille » à coté de « poids actuel »,…

-Concernant le synoptique des consultations, la Hotline a encore généré des avis différents « *moi je préfère par mail* », « *je n'ai pas de téléphone portable professionnel donc ça me gêne de passer le mien* », « *pour ma part je peux faire les deux, mails ou téléphone, je le fais déjà* ». Il a donc été décidé que chaque structure adaptera l'annonce dans le synoptique, de la façon dont ils veulent procéder pour répondre au médecin traitant sur ses questions éventuelles.

-**Le carnet craving** a rencontré quant à lui quelques difficultés. Ainsi le document transmis par un des addictologues en charge de ce travail en sous-groupe n'a pu être diffusé. En effet ce carnet Craving étant interne à une structure, l'établissement n'a pas souhaité qu'il soit partagé.
Devant la diversité des supports de traçabilité du craving et des habitudes de chacun des addictologues, la coordinatrice a proposé que chaque spécialiste conserve le support Craving qu'il souhaitait, l'essentiel étant d'en utiliser un, ce qui était plus important que son homogénéisation.

-Enfin une addictologue du CH de Bayonne exprimait encore sa crainte de ne pas pouvoir inscrire tous les patients dans le programme prévu de consultations *« moi ça me fait peur ce protocole, c'est trop strict. Je ne suis pas sûre d'y arriver aussi bien que toi* ». Le Dr Lajzerowicz a alors rappelé qu'«*il s'agissait d'une ossature de base et tout à fait adaptable en fonction de l'évolution des patients* », ce qui a paru rassurer les participants.

➔ **Les principaux leviers sont :**

- **Le témoignage très positif de trois nouveaux médecins généralistes ayant déjà participé au parcours ;**
- **La présence du médecin Responsable Prévention de l'URPS lui aussi intéressé par le parcours ;**
- **Le fait que les trois sous-groupes de travail ont réussi à échanger par mail ;**
- **Une importante réflexion collective de l'ensemble des participants qui a permis d'aboutir à un consensus sur les outils principaux (livret partagé, synoptique et courrier) ;**
- **L'appropriation relativement aisée des autres outils, notamment le synoptique guide des consultations et le courrier d'accompagnement.**
- **La proposition de mettre en place un système de visio-conférence pour les prochaines réunions.**

➔ **Les principaux freins sont :**

- **L'absence de test du dossier partagé par les addictologues depuis la troisième réunion ;**
- **De nombreuses propositions qui ont dû être gérées en séance, puisque non transmises avant la réunion ;**
- **Les difficultés rencontrées sur le carnet Craving ;**
- **La difficulté à constituer un dernier sous-groupe sur la brochure pédagogique patient**

IV.1.6- Synthèse des freins et leviers concernant l'appropriation des outils du parcours par les addictologues

➔ **Les principaux leviers retrouvés dans cette recherche de consensus sont :**

<u>Concernant l'organisation de la démarche-projet :</u>

- **Un nombre important d'intervenants, issus de structures différentes, ayant permis les débats, et des échanges contributifs ;**
- **La localisation variée des réunions en plusieurs endroits (locaux de l'ARS, locaux de l'URPS, Hôpital du Bouscat) soulignant le soutien des structures d'accueil ;**
- **Les convocations des réunions envoyées par l'ARS, ce qui permettait de donner une dimension institutionnelle au projet et de montrer le soutien des tutelles ;**
- **L'énoncé des enjeux et bénéfices pour l'ensemble des acteurs (patients, médecins généralistes mais également pour eux-mêmes) ;**

<u>Concernant la méthode d'animation de l'avancée des travaux :</u>

- **La dimension participative de la démarche, dès le lancement ;**
- **La possibilité d'échanger par mail entre chaque séance afin de donner son avis ;**
- **La création de groupes de travail pour renforcer l'adhésion au projet et le sentiment d'être inclus dans la production collective ;**
- **Une possibilité pour les médecins généralistes de pouvoir apporter leurs contributions à l'élaboration des outils, par le retour de leurs propres expériences ;**
- **L'assurance donnée aux addictologues que le parcours était modulable en fonction des spécificités de leurs patients ;**

<u>Concernant l'adhésion au projet :</u>

- **Un accueil très favorable des médecins généralistes ayant participé à l'expérimentation initiale exprimé lors des réunions ;**
- **Un soutien exprimé par le représentant de l'URPS et des autres instances de santé ;**
- **Un intérêt important signifié par une très grande majorité des addictologues ;**
- **Le consensus obtenu sur les critères d'inclusion des patients, malgré de nombreuses divergences initiales ;**
- **L'appropriation relativement aisée de certains outils, notamment le synoptique-guide des consultations et le courrier d'accompagnement.**
- **La production consensuelle d'un livret partagé (entre addictologues et généralistes), permettant de respecter (et conserver « en intra ») les dossiers propres à chaque structure ;**

➔ **Les principaux freins retrouvés sont :**

- **La diversité des pratiques des addictologues et du fonctionnement de leurs structures ;**
- **Une absence de retour par mail en inter-réunion, ce qui a alourdi les débats en séance ;**
- **La crainte du partage de leur propre dossier patient par certains addictologues, mais aussi la réticence de devoir en remplir un autre supplémentaire ;**
- **De nombreuses divergences, au cours des réunions, avant d'arriver à une synthèse des outils, acceptable par tous. Ainsi de nombreux compromis ont dû être trouvés pour satisfaire l'ensemble des participants ;**
- **Les débats ont ainsi été difficiles, souvent sur des détails ;**
- **Un temps important consacré à des sujets en dehors des objectifs ciblés par les réunions, ceci ayant considérablement alourdi les échanges ;**
- **L'absence de consensus concernant le carnet de traçabilité du craving**
- **L'échec de constitution d'un sous-groupe de travail sur la brochure pédagogique patient utilisée dans l'expérience princeps ;**

Nous avons ainsi pu relever de nombreux freins et difficultés pendant cette recherche de consensus, mais également des leviers particulièrement contributifs, tant dans l'organisation de la progression du travail collectif que dans l'intérêt exprimés par toutes les parties, y compris les addictologues eux-mêmes.

Afin de poursuivre l'avancée de la démarche, il était important d'interroger directement les addictologues concernés par la diffusion, sur leur appropriation des enjeux de ce projet, mais également, pour acter leur engagement de façon concrète.

IV.2- Recueil des avis des addictologues sur le dispositif

Afin de capitaliser le retour d'expérience des addictologues impliqués, nous avons réalisé des entretiens directs, sur les lieux d'exercices des participants. Le fait que le doctorant se déplace dans leur centre dans toute l'ex-Aquitaine a été apprécié. Cela montrait notre implication et notre intérêt quant à recueillir leurs propos. De plus, cela a permis d'observer leurs réactions et de retranscrire avec exactitude leurs réponses. Pour chaque addictologue, toutes les données recueillies ont été anonymisées, avec la dénomination A1 jusqu'à A17.

Le support d'entretien proposé a été réalisé en amont avec la directrice de thèse. Il s'agissait du même support pour l'ensemble des médecins interrogés (Annexe 1).
Celui-ci avait pour objectif de recueillir leurs avis sur les opportunités du dispositif de partenariat pour l'ensemble des acteurs impliqués (patients - médecins généralistes – addictologues), les freins quant à la recherche d'un consensus pour la construction commune d'outils, et enfin leur engagement dans la démarche d'inclusion des patients pour le lancement du projet.

Les entretiens ont duré en moyenne moins de 10 minutes (7 minutes et 34 secondes pour le plus court, et 14 minutes et 22 secondes pour le plus long). Pendant l'interview, les réponses aux supports d'entretien étaient enregistrées à l'aide du dictaphone, et retranscrites dans leur intégralité. L'ensemble des verbatims a été retranscrit pour chaque question.
En amont, étaient recueillis simplement leurs modalités d'organisation dans leurs structures et les éléments de leurs dossiers patients, à l'aide de deux tableaux.

Sur les 19 addictologues impliqués, 18 étaient concernés par la demande d'entretien, et 17 ont accepté de nous recevoir en entretien direct. Pour cela, le doctorant se rendait disponible au lieu et à leur date choisie.
Un seul addictologue n'a pas souhaité nous rencontrer malgré nos relances sans justifier sa réponse.

La coordinatrice du projet, n'a pas été interrogée puisqu'il s'agissait d'une part de confirmer l'appropriation par les addictologues des enjeux qu'elle avait elle-même communiqué lors de la réunion de lancement du 20 Mars, et d'autre part de recueillir les freins personnels à appliquer ce dispositif ; elle ne pouvait donc être « juge et partie ».
Sa collègue, elle, est comptabilisée et a été rencontrée (2ème addictologue de l'Hôpital du Bouscat).

Tableau 2 : Caractéristiques des addictologues participants (n=18)

Tabacologues	Lieu d'exercice	Sexe	Nombre de présence aux réunions	Entretien réalisé / Durée de l'interview
1	2ième addictologue de l'Hôpital du Bouscat	F	3	Oui / 8 min et 35 s
2	CH de Bayonne	F	3	Oui / 14 min et 22 s
3	ANPAA Mont de Marsan	F	1	Oui / 8 min et 48 s
4	ANPAA Pau	F	1	Oui / 9 min et 12 s
5	ANPAA Périgueux	M	3	Oui / 8 min et 46 s
6	ANPAA Bordeaux	F	3	Oui / 9 min et 53 s
7	CH Villeneuve sur Lot	F	3	Oui / 7 min et 56 s
8	CH Charles Perrens	M	1	Non interrogé
9	Clinique mutualiste de Lesparre	M	3	Oui / 8 min et 11 s
10	CH d'Arcachon	F	3	Oui / 8 min et 38 s
11	ELSA Centre Hospitalier d'Arcachon	F	3	Oui / 7 min et 45 s
12	CEID Arcachon	F	4	Oui / 9 min et 43 s
13	CEID Arès	M	2	Oui / 8 min et 24 s
14	CES Bordeaux	F	4	Oui / 8 min et 59 s
15	CES Bordeaux	F	2	Oui / 7 min et 34 s
16	CHU bordeaux Pellegrin	F	1	Oui / 8 min et 52 s
17	CHU Pôle d'Addictologie	F	0	Oui / 8 min et 04 s
18	CSSR Lormont	F	2	Oui / 9 min et 13 s

Sur les 18 addictologues participants, seuls 2 ont participé à l'ensemble des quatre réunions, 8 à trois réunions, 3 à deux réunions, 4 à une seule réunion, et enfin 1 à aucune réunion (Figure n°6).

Il est important de noter que l'ANPAA de Pau a été inclue par sa Direction régionale juste avant la 4ième réunion. Nous avons quand même interrogé l'addictologue de cette structure, au même titre que les autres participants puisque impliquée dans la diffusion prévue.

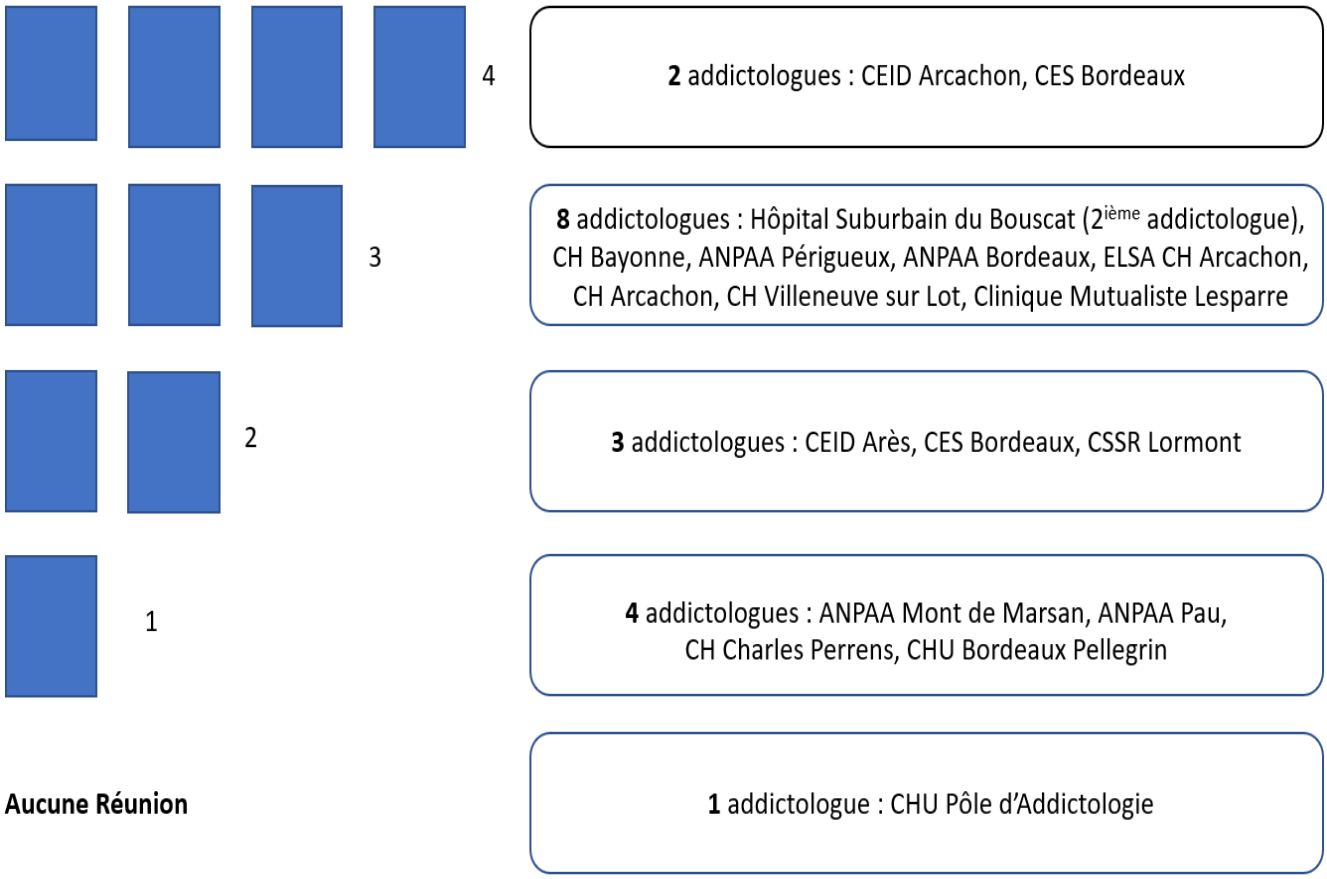

Figure 6. Nombre de réunions auxquelles ont assisté les participants (n=18).

Cette figure montre la présence des addictologues aux réunions.

Seuls 2 addictologues ont assisté à l'intégralité des réunions.

Une addictologue n'est venue à aucune des réunions (Pôle addictologie du CHU).

IV.2.1- Motivations exprimées sur le principe du Parcours Partagé

Nous les avons d'abord interrogés sur les enjeux du dispositif, respectivement pour les patients, le médecin généraliste et eux-mêmes en tant qu'addictologue.

« ***Quelles sont selon vous les opportunités de ce dispositif de partenariat, pour les patients ?*** »

Ils ont évoqué plusieurs axes importants :

- **L'amélioration de la prise en charge du tabac pour les patients (pour 5 addictologues).**

A2 : « *Un meilleur suivi de leur prise en charge, avec une meilleure observance des traitements proposés et une meilleure gestion des effets indésirables auxquels ils peuvent être confrontés lors de leur sevrage* ».

A3 : « *Ça peut du coup donner un cadre dont ils ont parfois besoin, et en même temps ce sentiment d'être vraiment accompagné, guidé* ».

A17 : « *Une amélioration de la prise en charge* ».

- **Une prise en charge conjointe par deux professionnels, complémentaires (pour 5 addictologues).**

A4 : « *Avoir deux professionnels, ça peut être complémentaire dans leurs avis, pour demander des précisions* ».

A6 : « *Ils vont participer à ça, et avec leur médecin qui les connait et l'addictologue* ».

A10 : « *C'est une prise en charge conjointe par addictologue et le médecin traitant* ».

A13 : « *Partager et le faire conjointement avec le médecin traitant, donc effectivement pour le patient c'est un double bénéfice. Ça permet effectivement le suivi du sevrage, et ça permet également d'avoir deux personnalités différentes qui expliquent des fois des …, on a un peu tous nos centres d'intérêt, donc des façons de s'expliquer différentes, et je pense donc que c'est complémentaire et bénéfique pour le patient* ».

A7 : « *et en même temps de profiter finalement des deux aspects des médecins* ».

- **Une implication du patient accrue, du fait qu'il porte son dossier avec lui (pour 2 addictologues).**

A1 : « *Et là vraiment, y a une implication, parce que le patient est avec son dossier* ».

A6 : « *Là ils ont un dossier, ils savent qu'il y a une avancée, que c'est progressif. Ils ne vont pas avoir d'objectif à atteindre, et s'il n'est pas atteint on les vire, ou je ne sais pas...* ».

- **Une facilitation de l'accès aux consultations de tabacologie (pour 6 addictologues).**

A2 : « *La disponibilité des médecins généralistes par rapport au médecin addictologue. La disponibilité physique, notamment dans des territoires avec peu de présence spécialisée* ».

A4 : « *Ça peut permettre des consultations de proximité* ».

A11 : « *Leur permettre l'accès du soin spécialisé en addictologie* ».

A15 : « *Pour les patients déjà, c'est d'avoir un suivi plus rapproché si c'est possible* ».

A16 : « *C'est une façon plus aisée d'en parler et d'accéder aux soins* ».

A7 : « *Voire de réduire les délais* » et « *ça permet aussi un accès plus facile je pense, au sevrage* ».

- **Une facilitation de l'abord du tabac avec le médecin généraliste (pour 4 addictologues).**

A6 : « *Du coup ils ne vont plus avoir peur d'en parler au médecin, ou de demander un conseil à leur médecin* ».

A11 : « *La possibilité de parler du tabac avec leur médecin généraliste si avant il n'osait pas le faire* ».

A16 : « *Ils ont peut-être du mal à en parler, et de sensibiliser les médecins généralistes, qui sont les premières ressources quand même, les plus proches de leurs patients. C'est pouvoir aborder cette problématique et l'envisager avec eux. Parce que le contact est souvent facilité avec les médecins généralistes, la relation de confiance, l'alliance thérapeutique* ».

A17 : « *Ça leur permet aussi de mettre le médecin traitant dans la boucle et voilà d'un peu plus les sensibiliser* ».

- **Une preuve à l'égard des patients de l'intérêt de la question du tabac pour les professionnels (pour 1 addictologue).**

A11 : « *Que la population générale sache que la question du tabac est la question aussi des intervenants en premier lieu et en premier recours* ».

➔ Les principales opportunités évoquées par les addictologues, pour les patients, sont donc :

- **Une amélioration de la prise en charge du tabac**,
- **Une prise en charge conjointe avec leur médecin généraliste et l'addictologue**,
- **Une meilleure implication de leur part**,
- **Un accès facilité aux consultations de tabacologie**,
- **Un abord simplifié de la prise en charge du tabac avec leur médecin généraliste**,
- **Un rappel de l'intérêt des professionnels de santé sur la question du tabac**.

« ***Quelles sont, selon vous, les opportunités de ce dispositif de partenariat, pour les médecins généralistes ?*** »

Les réponses obtenues témoignent d'une bonne compréhension des enjeux du dispositif pour la médecine de premier recours :

- **Permettre l'amélioration de leur formation dans la prise en charge du tabac (pour 6 addictologues).**

A3 : « *Un partenariat comme ça, ça peut aussi leur apporter des connaissances* ».

A13 : « *Ils ont affaire à une formation de tabacologie qu'eux n'ont pas forcément reçu, donc [les addictologues] peuvent éventuellement les informer sur pas mal de choses* ».

A16 : « *Aider les médecins généralistes qui, parfois, sont moins formés en addictions, ça peut les rassurer* ».

A17 : « *Ben, comme tout recours à un spécialiste, la formation, l'amélioration de la prise en charge par le biais des conseils prodigués par le spécialiste, qui lui permet une formation continue et une autonomisation, comme ils ont pu d'ailleurs nous le dire pendant les réunions* ».

- **Permettre un travail en partenariat, avec le soutien d'un spécialiste (pour 5 addictologues).**

A8 : « *Accompagner l'addictologue dans la mise en œuvre du sevrage tabagique* ».

A11 : « *Ça peut les aider à comprendre que l'on peut vraiment travailler en partenariat, en tout cas pour une consultation spécialisée « addicto » et eux-mêmes* ».

A7 : « *En étant un peu guidé, en ayant une béquille possible, c'est-à-dire l'addicto, avec lequel il travaille en partenariat* ».

- **Augmenter l'implication des généralistes pour la prise en charge du tabac (pour 4 addictologues).**

A4 : « *[ça peut permettre] de les impliquer davantage* ».

A11 : « *…de cette façon augmenter le nombre de médecins généralistes qui se préoccuperont du tabagisme dans leur patientèle* ».

A13 : « *Donc effectivement ça permet d'aborder une question qu'eux n'ont pas forcément le temps de faire en consultation* ».

A16 : « *ça augmente probablement le fait de repérage précoce avec intervention brève de leurs patients* ».

- **Un gain de temps dans la prise en charge du tabac (pour 2 addictologues).**

A2 : « *Un gain de temps déjà [pour les médecins généralistes], parce que la première consultation est relativement longue* ».

➔ Les principales opportunités exprimées selon les addictologues, pour les médecins généralistes sont :

- **L'amélioration de la formation des médecins généralistes sur la prise en charge du tabac**,
- **Permettre un travail de partenariat avec les addictologues,**
- **Augmenter leur intérêt sur la question de la prise en charge du sevrage tabagique**,
- **Leur permettre de gagner du temps sur cette prise en charge**.

« ***Quelles sont selon vous les opportunités de ce dispositif de partenariat, pour les addictologues ?*** »

Ceux-ci ont exprimé plusieurs bénéfices perçus pour leur pratique :

- **Favoriser les échanges entre médecin généraliste et addictologue (pour 2 addictologues).**

A3 : « *parce que déjà ça va faciliter les échanges* ».

A13 : « *Ça permet un échange au sujet du patient que le médecin connait bien* ».

- **Créer des liens avec les médecins généralistes de proximité (pour 5 addictologues).**

A4 : « *créer un lien avec certains généralistes* ».

A16 : « *Et puis on a un rôle de soutien, qui est quand même précieux pour les généralistes, et ça permet de faire du lien, et de faciliter la filière addictologique je pense* ».

A12 : « *de faire des liens avec les généralistes, qui sont des relais aussi. D'être moins seul du coup aussi. De décloisonner un peu* ».

- **Désengorger les consultations de la gestion des cas simples, afin de permettre celle des cas plus complexes (pour 4 addictologues).**

A2 : « *Et on va avoir de plus en plus de demandes, donc ça va être de plus en plus compliqué pour les addictologues de gérer cette demande* ».

A9 : « *alléger la consultation de patients* ».

A15 : « *De pouvoir un peu renvoyer vers la médecine générale des patients qui logiquement ne devraient pas être en service d'addicto, et il y en a quand même, on a des patients comme ça, déjà. Et puis ça permet de se concentrer sur des problèmes plus graves* ».

- **Améliorer la prise en charge et le suivi du tabac (pour 3 addictologues).**

A3 : « *Et après ça va faciliter le suivi* ».

A14 : « *Le suivi va se faire plus facilement* ».

A7 : « *Ça va permettre aussi d'améliorer les prises en charge justement en envoyant au médecin traitant aussi* ».

➔ Les principales opportunités pour les addictologues sont donc :

- **Faciliter les échanges entre médecin généraliste et addictologue**,
- **Créer des liens avec les médecins généralistes de proximité**,
- **Réduire le délai de la gestion des cas complexes**,
- **Améliorer la prise en charge et le suivi du sevrage tabagique**.

Pour conclure, leurs réponses démontre leur perception claire des réels avantages de ce dispositif de partenariat, et ce pour les trois acteurs concernés : patient, médecin généraliste et addictologues.

Ce recueil des avis montre une **totale appropriation par les addictologues des enjeux du projet,** tels que communiqués par la coordinatrice-projet lors de la réunion de lancement du 20 mars 2019. Et ce avant même qu'ils l'aient eux-mêmes expérimenté.

IV.2.2- Freins rencontrés lors de la recherche du consensus sur les outils

En premier lieu, il paraissait important de leur demander les facteurs limitants perçus dans l'appropriation des outils proposés.

« ***Quelles ont été les difficultés que vous avez pu éprouver dans votre participation à la construction commune des outils, en pratique ?*** »

- **Pas de difficulté évoquée (pour 5 addictologues).**

A4 : « *c'est consensuel, donc il n'y a pas de difficulté particulière* ».

A9 : « *Alors dans le principe, aucune difficulté. Je trouvais que c'était très bien les réunions avec tout le monde, pouvoir discuter en temps réel* ».

A11 : « *il n'y a pas eu de difficultés, parce qu'en réunion tout le monde participait, et activement. Les réunions étaient bien préparées* ».

A17 : « *Dans le principe, non je n'ai pas eu de difficulté pour moi, j'ai l'habitude de travailler en pluridisciplinarité, donc je n'ai pas de difficulté* ».

- **Un manque de temps pour s'impliquer pleinement (pour 7 addictologues).**

Cette réponse a été régulièrement évoquée par les participants.

A2 : « *Le temps nécessaire, je pense principalement, de répondre… C'était principalement une question de temps, une gestion de temps, parce que je suis dans une région où il y a beaucoup de travail et peu d'addictologues. Donc voilà principalement la gestion du temps* ».

A6 : « *Qu'il faut supprimer une après-midi de travail pour venir* ».

A8 : « *le manque de temps pour participer à toutes les réunions. Voilà c'est essentiellement ça, le manque de temps* ».

A7 : *« Le problème de temps, mais aussi de planning qui ne sont pas forcément compatibles. Voilà c'est tout* ».

- **La difficulté devant la diversité des pratiques (pour 2 addictologues).**

Les différences dans l'exercice de leurs fonctions, ont paru être pour certains une difficulté :

A1 : « *Les divergences d'approche, qu'elles soient cliniques, les problèmes de fond, dont la façon dont on travaille* ».

A2 : « *Après je pense c'est la gestion de la sensibilité de chacun, on a été confronté à trois pôles je dirais : le pôle hospitalier, le pôle médecin généraliste et le pôle CSAPA, et donc trois manières de voir différentes, avec des patients différents. Donc c'est un outil qui se veut généralisé et en même temps il ne concerne pas forcément les mêmes patients, pas les mêmes attentes. Et je crois la difficulté c'était*

surtout de répondre aux attentes de tous, tout en étant à l'écoute du patient. C'était surtout par rapport à la gestion des différents points de vue ».

- **La difficulté devant l'utilisation des outils proposés (pour 1 addictologue).**

A12 : « *Après c'est… en fait voilà moi j'aurais envie de transmettre des outils qui me semblent importants. Je n'ai pas trop l'impression que ça intéresse les collègues* ».

- **Un nombre trop important de participants (pour 4 addictologues).**

Certains ont perçu dans ce grand nombre de participants, une réelle complication pour aboutir à un consensus.

A6 : « *Parce que, quand on est deux, c'est déjà compliqué, mais alors quand on est vingt… C'est dix fois plus compliqué. C'est bien de laisser la parole à tout le monde, c'est bien d'écouter tout le monde, mais c'est compliqué* ».

A7 : « *Puis, peut être aussi le nombre, on est un peu nombreux, je ne sais pas, parce que c'est difficile aussi du coup d'avoir, alors c'est bien d'avoir des avis différents, enfin d'avoir plusieurs avis, mais des fois aussi on ne se rejoint pas tous sur tout, donc c'est aussi un petit peu compliqué de pouvoir faire quelque chose qui puisse être un consensus avec tout le monde* ».

➔ Ainsi les principales difficultés évoquées par certains addictologues pour s'accorder sur des outils communs étaient :

- **Un manque de temps dû principalement à leur activité professionnelle importante**,
- **Une diversité des pratiques, avec des points de vue différents**,
- **Les outils à proprement parler**,
- **Un nombre d'addictologues impliqués trop important pour parvenir à un consensus**.

« ***Quelles ont été les difficultés que vous avez pu éprouver pour votre présence aux réunions et votre participation concrète durant les séances ?*** »

- **Pas de difficulté évoquée (pour 5 addictologues).**

A4 : « *Pas de difficulté particulière. On peut s'exprimer, il y a des avis différents* ».

A6 : « *Be non je n'ai pas eu de difficulté, quand on voulait parler, on a pu parler* ».

A9 : « *Pas de grande difficulté* ».

A12 : « *Je n'ai pas eu l'impression d'avoir trop de difficultés. Quand j'ai quelque chose à dire, je le dis. Non j'écoute, ça m'intéresse, j'écoute les autres. Je n'ai pas trop eu l'impression d'avoir de difficulté* ».

A17 : « *Sinon pendant la réunion je trouve que…, non on a pu bien échanger* ».

- **Un temps consacré à la présence aux réunions problématique (pour 7 addictologues).**

Un certain nombre d'addictologues ont eu des difficultés pour concilier leur présence aux réunions et leurs activités, du fait notamment de la durée des réunions, et des obligations de leurs services.

A1 : « *Et les prochaines réunions si je peux, je les ferais en visio. Car sinon je suis obligé d'annuler une journée de consultation* ».

A8 : « *Elles étaient trop longues. Réunions trop longues* ».

A9 : « *Après c'est du coup retirer des consultations pour venir. Ça ajoute un peu de délais* ».

A11 : « *Ça m'a pris du temps, même si c'est très intéressant, mais c'est quand même ... ça prend du temps* ».

A13 : « *Alors déjà la possibilité d'aller aux réunions. Nous on est salariées, donc ils ne veulent pas que l'on y aille toutes les deux ensemble ; Donc moi quand c'est possible je le prends sur mon temps libre* ».

- **Le déplacement pour se rendre aux réunions (pour 5 addictologues).**

Les trajets des professionnels se trouvant les plus éloignés de Bordeaux étaient également un frein évoqué.

A1 : « *Alors pour moi, la présence c'est très loin. Ça me bloque une journée entière. Parce que je fais trois heures allez, trois heures retour, pour trois heures de réunions…* ».

A3 : « *Alors la principale difficulté pour nous, c'est de se déplacer à Bordeaux* ».

A6 : « *Alors les difficultés, c'est que les réunions étaient loin* ».

- **Un nombre trop important de réunions (pour 3 addictologues).**

A8 : « *Par ce que déjà on en est à la quatrième réunion, voilà quoi…* ».

A15 : « *Alors je ne suis allé qu'à une seule réunion. Moi j'ai trouvé qu'il y avait beaucoup de réunions et donc je suis allé qu'à une* ».

➔ Pour la présence aux réunions, ainsi que leur déroulement, certains addictologues ont ainsi évoqué quelques problématiques, comme :

- **Une difficulté pour dégager une demi-journée de leurs propres activités**,
- **Une distance du lieu de réunion, trop éloigné pour certains addictologues**,
- **Un nombre trop important de réunions.**

« ***Quelles ont été les difficultés que vous avez pu éprouver dans votre participation à la construction commune des outils, pour donner votre avis par mail ?*** »

- **Pas de difficulté évoquée (pour 8 addictologues).**

A2 : « *Mais c'est vrai qu'à l'heure des outils informatiques, je pense que l'on peut plus solliciter les gens par mail qu'en présentiel déjà. Je pense qu'il y a beaucoup de travail qui peut être fait par mail. Même en visio ! par internet, mais non je n'ai pas eu tant de difficulté par mail pour répondre* ».

A3 : « *Aucune difficulté !* ».

A4 : « *Aucune* ».

A6 : « *Ben aucune par mail !* ».

- **Une difficulté pour exposer son avis par mail au reste du groupe (pour 5 addictologues).**

A1 : « *Voilà, donc ça n'a pas bien fonctionné ça. Du moins, parce qu'il y avait un groupe d'échange avec tout le monde, et un groupe d'échange avec les addictos, et moi je n'ai pas vu quel était le groupe des addictos. Et même moi quand j'ai répondu à Nathalie. Donc ça n'a pas était clair, même de mon côté. Une certaine confusion* ».

A12 : « *On prend des précautions quand on écrit un mail à tout le monde, donc bon c'est vrai que je réfléchis et je ne dis pas n'importe quoi à tout le monde quoi. Donc je ne dis pas grand-chose en fait* ».

A17 : « *Et donner l'avis parfois, on se dit qui va le lire… ça fait un peu, je donne mon avis sur un no-mans land. Alors que quand on est en visu, ben on peut rectifier, voilà* ».

- **Un manque de temps à consacrer à lire et à répondre aux mails (pour 3 addictologues).**

A14 : « *Alors déjà le temps pour lire les mails que je reçois effectivement sur mon mail professionnel, puis avoir le temps, c'est surtout le facteur temps* ».

A17 : « *Alors par mail ça parait plus compliqué, parce qu'il faut les lire, et on a des tonnes de mails qui arrivent. Soit on imprime et on met de côté, puis c'est top. Soit on le laisse non lu et il ne faut pas le perdre. Ça c'est un petit peu le problème des mails globalement. Ce n'est pas propre à cette réunion* ».

A7 : « *Non ça va. C'est pareil, c'est plutôt que voilà quoi… il y a beaucoup de chose, et du coup c'est comme pour tout. C'est le temps. Entre voilà, essayer de… c'est en général le temps qu'on prend aussi en plus et qui est difficile à faire entrer dans un planning chargé. Autant sur le plan professionnel que personnel. C'est de faire l'équilibre entre les deux* ».

➔ Ainsi, pour la grande majorité des addictologues, les échanges par mails étaient plutôt bien vécus et comme un bon moyen pour échanger. Seuls certains addictologues éprouvaient quelques réserves, comme :

- **La difficulté d'exposer son avis au groupe par mail**,
- **Un manque de temps pour lire les mails et échanger**.

En conclusion, pour une grande majorité des addictologues impliqués dans le projet, cette recherche de consensus n'a pas présenté de réelle difficulté, même si pour certains le principal facteur limitant était la nécessité de consacrer du temps.
Pour les addictologues les plus éloignés, venir aux réunions représentait un véritable investissement.

Il est à noter qu'une addictologue absente des réunions n'a pas du tout participé au travail de consensus et une autre n'est pas intervenue, donc elles n'ont pas pu évoquer de difficultés :
A16 : « *Alors moi je n'y ai pas participé directement, parce que on a eu un peu de mal à se libérer, donc c'est difficile de répondre à la question* ».
A14 : « *Je n'ai pas donné mon avis* ».

IV.2.3- Implication dans la mise en place du dispositif

Enfin, les promoteurs du projet souhaitaient, à l'occasion de ces entretiens acter l'engagement des addictologues.
Pour cela, nous leur demandions clairement en fin d'entretien s'ils souhaitaient s'impliquer concrètement dans la diffusion proposée ? :

« ***Décidez-vous de vous impliquer concrètement à l'automne dans l'inclusion des patients ?*** (Cible prévue de 15 à 20 patients par addictologue sur deux à trois mois) »
Trois réponses possibles, « oui », « non » ou « ne sait pas » leur étaient proposées, avec la possibilité d'un commentaire pour argumenter leur décision.
Sur les 17 addictologues interviewés, 15 ont répondu « oui », 1 addictologue « ne sait pas », et seulement 1 « non ».

➔ **<u>Ceux ayant accepté de s'impliquer ont exprimé tout de même quelques obstacles, notamment :</u>**

- **Une difficulté pour atteindre le nombre de patients prévu, principalement dûe au mode de fonctionnement de la structure.**

A2 : « *Oui, sauf que comme je vous expliquais tout à l'heure, dans notre structure ce n'est pas moi qui accueille les patients en premier lieu, mais je peux diffuser l'information auprès de mon infirmière addictologue, qui elle fait les premières consultations tabacco. Voila ! après c'est un travail d'équipe aussi. C'est qu'elle, elle fait le premier rendez-vous, mais je peux décider de les voir si c'est nécessaire à l'étude* ».
A4 : « *Oui, mais 20 ça me fait peut-être beaucoup. Sur le site de Bergerac ça me serait peut-être plus facile. Parce que on est moins nombreux, donc ça peut soulager. Ici la difficulté, c'est que je fais le suivi en partenariat avec l'infirmière donc elle risque de se sentir un peu dépossédée de la tabacologie. Donc je pense qu'on continuera un certain nombre de suivis communs, du fait du fonctionnement du service. Idéalement il faudrait que ce soit elle qui fasse l'entretien avec le médecin généraliste, mais bon ça peut être mal perçu également* ».
A9 : « *Alors c'est oui ! j'y participerai activement. Après ça va être compliqué parce que ça modifie complétement l'organisation ici. Donc oui l'effort sera fait, après atteindre 15 ou 20 patients, je ne sais pas si ça sera possible. Parce que du coup, l'organisation étant que c'est sur la consultation infirmière, il va falloir impliquer d'autres personnes, qui n'ont pas participé aux réunions, donc réexpliquer tout le processus, et qu'elles adhérent à un fonctionnement différent que l'on a d'habitude* ».

A11 : « *Oui, oui, je décide de m'impliquer concrètement, ensuite c'est vu notre mode de fonctionnement, je ne suis pas certaine d'avoir 15, 20 patients, même dans le double de temps, du fait de notre recrutement et de notre mode de fonctionnement* ».

- **Une difficulté due au mode d'exercice et aux pratiques de l'addictologue.**

A12 : « *Donc je pense que oui, mais ça ne va pas être simple pour moi, parce que du coup ça va vraiment me changer mes habitudes » et « Mais ça suppose que je vais devoir changer mes habitudes, et parce que le problème c'est que dans le repérage du patient, c'est au fur à mesure que l'on se rend compte si la personne elle est incluse. Moi je commence à remplir mon dossier et après je me dis ah ! c'est bon. Donc là il faut reprendre le dossier et refaire en double* ».

- **Une difficulté due au nombre de patients consultants pour ce motif dans la structure.**

A13 : « *Alors nous quinze-vingt on ne pourra pas. Vingt on ne les aura pas, ça c'est sûr que non. Je vois déjà le Mois sans tabac, on avait des tabacologues qui étaient venus faire des consultations, on en avait eu 73 personnes, avec des tabacologues qui venaient là, alors je sais plus si c'était à temps plein ou autres, mais à quatre on en a eu 73, dont notamment la CPAM qui avait mis en place quelque chose pour que l'on fasse ses consultations de tabacologie, donc on n'a pas un très gros recrutement* ».

A14 : « *A oui, bien sûr ! Après ça va être compliqué pour nous. On a peu de consultations quand même* ».

- **Une difficulté due aux caractéristiques des patients recrutés.**

A15 : « *Moi je vais vous dire, on va essayer, on va essayer ! Mais ici c'est l'hôpital donc on a des patients qui n'ont pas systématiquement de médecin référent, de médecin traitant. Puis après, est ce qu'ils sont prêts à accepter d'aller revoir leur médecin traitant pour le suivi... On va essayer, il y a certains patients, effectivement on peut les renvoyer vers leur médecin traitant, on connait les médecins traitants, on sait qu'ils sont sensibilisés aux problèmes d'addiction, ils auront envie, et ils auront le temps de les prendre en charge. Et ils auront un discours assez cohérent à l'égard de l'addiction. Après je ne sais pas, mais bon il faut essayer ! On va essayer. On va voir.*

Donc c'est plutôt un oui ».

A17 : « *Alors voilà, moi sur le principe, c'est très intéressant. C'est juste que l'on n'est pas en tant que SSR, on est une cible différente. C'est-à-dire que je ne fais pas de consultation ouverte de tabacologie* ».

- **Une difficulté pour mobiliser les médecins généralistes.**

A8 : « *Alors la réponse est oui, certainement. Ma crainte d'avoir, de rencontrer des difficultés à mobiliser les médecins généralistes du Médoc. J'ai peur qu'ils ne soient pas sensibles à cette…* ».

- **Pas de difficulté particulière :**

Il est à noter que deux addictologues, n'ont pas évoqué d'inconvénient pour la réalisation de cette inclusion :

A1 : « *Je suis décidée oui ! 15 ou 20 j'espère. Je pense que c'est faisable, mais plutôt 15 que 20. Mais je vais essayer* ».

A3 : « *Avec plaisir !! alors est-ce que je vais pouvoir voir 15 à 20 patients sur deux mois, oui ça devrait être possible* ».

➔ **« Ne sait pas » :**

Pour l'addictologue ayant répondu « ne sait pas », ceci a été justifié par le fait que le pôle de consultation était en cours de création dans leur structure, et donc il était impossible de savoir si la tabacologie serait déjà opérationnelle à l'automne :

A16 : « *Alors, nous on ne sait pas, parce que tout dépend de comment on va construire notre plateau qui est en construction, de consultation. Il est probable que l'on va créer une consultation tabaco pour les professionnels et pour les gens de l'extérieur, avec un prochain praticien que l'on va recruter, mais qui n'est pas encore là. Donc c'est un peu tôt pour nous de répondre à cette question* ».

➔ **Pas de possibilité :**

Enfin, selon l'addictologue ayant répondu « non », son mode d'exercice dans l'hôpital ne correspondait pas au recrutement des patients :

« *Alors si je parle de mon expérience propre, le fait que je sois médecin d'ELSA, c'est-à-dire l'Equipe de Soin d'Addictologie, alors au départ je pouvais me sentir concerné par ce protocole, puis au fur à mesure des réunions, il me semble que se sera plus effectivement les addictologues qui assurent les consultations externes qui seront* concernés ».

De plus un autre addictologue présent dans l'établissement est déjà impliqué dans ce projet, et y a répondu favorablement. Même si cette addictologue ne pourra malheureusement pas inclure activement, elle s'engage à suppléer sa consœur en cas d'absence :

« *Après on se remplace mutuellement, si elle est en vacances, il faudrait que je continue sur le même protocole, donc j'appliquerai le même protocole. Même si on se remplace que si vraiment il y a urgence. Mais s'il y a besoin de continuer le protocole en l'absence de ma collègue qui est censée faire ses consultations externes, et bien je le ferai* ».

En conclusion, la majorité des addictologues semblent enthousiastes et prêts à débuter l'expérimentation, même si pour eux, le nombre de patients à inclure peut poser problème.

Tous les addictologues rencontrés nous ont donné leur adresse du lieu d'exercice afin que nous leurs envoyions les outils supports de l'expérimentation.

V- Discussion

V.1- Principaux enseignements

V.1-1 Les leviers pour la réalisation du projet

Même si nous nous sommes aperçus rapidement de leur difficulté de travailler en groupe, que ce soit en réunion ou par mails, la grande partie des addictologues rencontrés en entretien, nous ont affirmé que ce projet pouvait répondre à certaines de leurs attentes. Ils ont tous compris les enjeux, et semblaient partager une réelle envie de se mobiliser.
Certains freins comme la diversité des pratiques, sont apparus progressivement comme un levier, en permettant de pouvoir compléter et d'améliorer leurs propres manières d'aborder le patient.

Les leviers concernant l'appropriation des outils :

Les principaux leviers sur l'appropriation des outils sont :

- Le fait qu'ils soient parvenus à un consensus sur les critères d'inclusion et pour une grande partie des outils, avec une réelle évolution du dossier partagé.
- La création de groupes de travail pour renforcer leur adhésion au projet.
- La contribution par les médecins généralistes à l'élaboration des outils, par le retour de leur expérience de l'expérimentation princeps.
- L'annonce rassurante d'un parcours modulable en fonction de leurs patients.

Enfin, une grande partie des addictologues ont déjà participé dans leur cursus à des protocoles de recherche et comprennent l'intérêt d'une expérimentation collective.

Les leviers exprimés sur le dispositif :

Les principaux leviers du dispositif exprimés par les addictologues, sont en grande partie les enjeux explicités par l'initiatrice du projet en début d'étude.
Il est intéressant de constater une pleine réappropriation de ceux-ci. Comme l'explique G. Poizat (Maître d'enseignement et recherche à l'université de Genève) et A. Goudeaux (Chargée d'enseignement) en 2014 : « *La participation à une pratique sociale, guidée et soutenue par la communauté des pairs permet un développement basé sur le concept d'apprentissage, et sur les deux notions complémentaires que sont la participation guidée et l'appropriation par la participation* » (34).

Rappelons les principaux axes évoqués :

-Réduire les délais d'attentes de leurs consultations, en adressant la gestion des cas simples à leur collègue médecin généraliste, ce qui aura pour but de libérer des créneaux pour les cas complexes. Ce constat de délai d'attente important chez les spécialistes est souligné dans l'enquête faite par la DREES en 2018 (16).

-Améliorer la prise en charge du tabac et le suivi du sevrage tabagique, en proposant des consultations alternées. Cette notion d'augmenter le nombre, la fréquence et la qualité du suivi, se retrouve dans un des référentiels établis par l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support en 2015 (35).

-Travailler en coopération avec les médecins généralistes, et permettre de participer à accroître leur connaissance sur le sevrage tabagique. Ces aspects innovants sont dans l'expérimentation du « Dispositif de soins partagés en psychiatrie » (24). Cette capacité à collaborer est « un enjeu de la médecine de demain ».

Comme le rappelle la Haute Autorité de Santé en 2014 (36), « *la pratique du travail en équipe rassemble les professionnels autour de buts communs et de la recherche de solutions afin d'améliorer la prise en charge du patient* ».

Cet aspect, est discuté dans un travail de thèse de médecine par M. Sciolla en 2012 (37), et met en exergue cette volonté des médecins généralistes de trouver des « *recours pour les soutenir dans la démarche d'aide à l'arrêt du tabac* », ceci se trouvant probablement « *dans les réseaux, qui placent le patient et son médecin généraliste au cœur de la prise en charge, tout en apportant une expertise* ».

Ce parcours est sans doute bien accueilli, du fait de cette attente de travail en collaboration.

V.1-2 Les freins pour l'avancée du projet

La diversité des pratiques :

Un des principaux freins dans cette recherche de consensus, était la diversité de pratiques entre les addictologues. Ainsi, chaque spécialiste procède à « sa façon » dans le cadre de son entretien avec le patient. L'utilisation des outils thérapeutiques de substitution (patch nicotinique ou varénicline), des outils stratégiques (carnet de craving, schéma, test, …) et le rythme des consultations, varie donc entre les praticiens.

En répondant aux objectifs secondaires, pour l'appropriation des outils proposés, nous nous sommes aperçus, lors de la retranscription des réunions, qu'il était difficile pour les addictologues de modifier leurs pratiques, chacun ayant un avis assez défini sur le sujet.

Ceci est retrouvé également dans la grande variabilité des items abordés lors de la première consultation avec les patients. (Cf Tableau 1)
Il faut souligner que chaque addictologue possède une formation qui lui est propre, certains étant d'anciens médecins généralistes, psychiatres, ou autres spécialités. C'est ainsi qu'ils abordent cette problématique avec des perceptions différentes, qui se retrouvent dans leur utilisation de techniques pour amener le patient à l'arrêt du tabac. Comme le rappelle la revue systématique de la littérature dans la thèse de E. Blanc en 2018 (38) sur l'« *influence des attitudes des professionnels de santé sur leurs pratiques professionnelles dans le cadre des problématiques addictives* », il est difficile d'évaluer l'influence des attitudes propres aux professionnels car de nombreux autres facteurs entrent en compte (formation théorique, connaissances, l'expérience clinique, les conditions de travail).

Il faut rappeler que selon la Fédération Addiction, l'addiction est « *un phénomène multifactoriel* » et que « *dans ce contexte, le parcours de soins s'inscrit dans une offre transversale et complémentaire qui fait appel à des intervenants du secteur médico-social, … il n'existe pas de modèle unique, seule l'évaluation des besoins permet d'apporter des réponses adaptées* » (39).

Cette hétérogénéité des pratiques des médecins existe depuis longtemps, et elle était décriée en 1998 par l'économiste M. Kerleau (40) notamment pour la maitrise des dépenses de santé.

Diversité d'organisation des structures :

Nous avons également recueilli les modalités d'organisation des consultations de tabacologie dans les différentes structures impliquées (Cf tableau 2). Ainsi pour un certain nombre d'addictologues, le fait de voir le patient pour la première consultation pouvait poser problème. Certains centres disposent **d'équipes pluridisciplinaires** dont l'infirmier, la psychologue, l'assistante sociale réalisent la première entrevue. Il leur parait donc difficile de pouvoir suivre de façon précise le guide des consultations.
De plus, dans certains cas, le recrutement des patients passe directement par d'autres professionnels que l'addictologue, ce qui est pour certains une difficulté de plus pour répondre aux critères d'inclusion souhaités.

Une difficulté pour échanger sur des pratiques :

Certains addictologues évoquaient également cette difficulté pour mettre en commun leurs pratiques. Cet obstacle peut s'expliquer par le fait que les participants puissent redouter le regard critique des autres intervenants. Cette notion est expliquée dans le recensement « *des freins individuels au travail collaboratif* » écrite par le Pr C. Gangloff-Ziegler (Présidente de l'Université de Haute-Alsace) en 2009 (41).

L'esprit individuel de compétition peut également être un frein. Comme l'explique le sociologue H. Mintzberg en 2004 (42), il existe une distinction entre la compétition et la coopération. Or cette compétition est difficilement conciliable avec l'esprit d'une démarche collective.
Le fait de rechercher un consensus pouvait les freiner pour certains. Selon le Pr C. Gangloff-Ziegler, cette notion peut expliquer, qu'un intervenant « *peut craindre d'être assimilé à des personnes qui apparaîtraient moins expertes. Il préférera alors se détourner de ce projet auquel il estimera dévalorisant de s'associer par rapport à l'image qu'il se fait de lui-même* » (41).

Le manque de temps pour s'engager pleinement :

Pour réaliser ce travail collectif, il était demandé un certain effort d'implication. En 2010, le Pr R. Butori (Professeur Assistant à l'ESSEC) et le Dr B. Parguel (Docteur de l'Université Paris-Dauphine) expliquent que ce manque de temps « *est, sans aucun doute, l'argument le plus courant mais il masque souvent d'autres réticences parfois plus difficilement avouables, et donc moins aisément identifiables* » (43).
La distance du lieu des réunions et l'éloignement géographique de certains participants étaient les plus problématiques. Pour certains, la demi-journée entière devait obligatoirement être posée. Cependant, on remarque que les médecins les plus éloignés sont ceux qui ont le plus participé (Périgueux, Bayonne, Villeneuve sur Lot, Lesparre…) et sont venus plus régulièrement que d'autres se trouvant à proximité (CHU Pôle addictologie, CH Charles Perrens, CHU Bordeaux Pellegrin).

Un nombre trop important de participants :

Enfin, la recherche d'un consensus parait plus facile avec un nombre moins élevé de participants. C'est ainsi que pour quelques addictologues, il était difficile de trouver un accord avec l'ensemble du groupe, notamment du fait que **la quantité de divergences était ainsi amplifiée.** De plus, il est probable que certains ne trouvent pas d'intérêt à s'engager, et préfèrent laisser agir les autres. Le paradoxe d'Olson (44) décrit par l'économiste américain M. Olson permet de l'expliquer « *les groupes relativement petits sont fréquemment capables de s'organiser sur la base du volontariat et d'agir en conformité avec leurs intérêts communs et que les grands groupes ne sont pas dans l'ensemble en mesure d'y parvenir* ».

V.2- Forces de l'étude

Une diversité importante des addictologues impliqués :

Le recrutement effectué par la responsable de projet a permis de réunir autour de la table de nombreux addictologues. Ceux-ci représentent une grande **diversité des structures** présentent en Nouvelle Aquitaine (Etablissement de santé, SSR, ANPAA, CEID, Centre d'Examen de santé). Ils ont pu ainsi partager leur expérience, et participer à l'appropriation des outils proposés qui seront utilisés lors du lancement du projet en Janvier 2020.

Recueil des données auprès de la grande majorité auprès des addictologues inclus dans ce projet :

Nous avons pu interviewer tous les addictologues sauf un. Tous ceux ayant réalisé l'entretien ont montré leur enthousiasme et leur disponibilité. De plus le fait que le thésard se soit **déplacé dans leur structure** et se rende disponible, a permis aux participants d'apprécier l'implication de ce dernier, pour recueillir leurs impressions. Ainsi celles-ci étaient mises en valeur.
Le choix de les rencontrer dans leurs structures leurs permettait d'avoir plus de temps pour l'entretien, et certainement qu'ils soient plus à l'aise, en établissant une certaine relation de confiance.
Enfin, le fait d'enregistrer les conversions à l'aide d'un dictaphone pour les retranscrire ultérieurement, permettait de recueillir l'exactitude de leurs propos, et d'obtenir un entretien fluide.

Analyse des entretiens par recueil semi-directif :

Ce type d'entretien (détaillé en 2007 par les sociologues A. Blanchet et A. Gotman dans leur livre « L'entretien ») (45) permet de recueillir des informations qualitatives, afin de rassembler les avis et impressions des personnes interrogées sur des sujets donnés. Le fait que les questions soient déjà établies en amont, centre les réponses sur la problématique posée. Les questions ouvertes, permettent quant à elles d'éviter d'enfermer la personne interrogée dans des réponses prédéfinies, et ainsi qu'elle puisse développer ses arguments.
Cette technique établit donc un dialogue, avec un moment privilégié d'écoute, pour recueillir leurs appréciations.
De plus, l'utilisation d'un support d'entretien permettait également de reproduire la même méthode d'évaluation avec l'ensemble des participants. Cette reproductibilité est essentielle pour l'analyse des résultats.
Enfin, le fait que la longueur du questionnaire soit volontairement réduite, incitait les addictologues à être plus prompts à accueillir le thésard, sans impacter le déroulement de leurs activités.

Utilisation d'un logiciel d'analyse de données :

Pour réaliser l'analyse des données, l'utilisation du logiciel Nvivo reste une méthode fréquemment utilisée dans les recherches qualitatives, comme l'explique l'article écrit par les Maîtres de conférences N. Krief et V. Zardet en 2013 (46) Il facilite l'organisation et le traitement des données, et donc permet d'améliorer l'efficacité de l'analyse. Nous aurions donc pu nous contenter de la simple lecture, mais il était essentiel d'avoir cette rigueur pour être sûr d'analyser l'ensemble des idées exprimées.

Le principe de saturation des données a été atteint :

La redondance des propos recueillis lors des entretiens, nous a amené à constater la saturation de nos données. Ainsi à partir du douzième entretien, les réponses n'apportaient plus d'éléments nouveaux : les problématiques et suggestions rencontrées revenaient régulièrement.

Présence d'autres acteurs importants du système de santé :

D'autres acteurs majeurs du système de santé ont soutenu le projet pendant les quatre réunions, avec une franche adhésion de l'ARS, de l'URPS, et du Pôle prévention du CHU.
Ce dernier va accompagner l'évaluation de la démarche collective et l'étude de transférabilité à venir.

Une expérimentation originale :

Cette expérimentation qui permet de réunir des addictologues de structures aussi variées, autour d'un projet commun de Parcours Coordonné pour l'arrêt du tabac, lui-même partagé entre spécialistes et médecins généralistes, parait être inédit. En effet d'après nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas à ce jour retrouvé de travaux équivalents.
Elle aborde ainsi la problématique de l'addiction au tabac de façon novatrice, qui répond pleinement aux enjeux actuels de santé publique et aux critères de l'article 51 (47) défini en 2019 par le Ministère des solidarités et de la santé, sur les innovations d'organisation dans le domaine de la santé. En effet elle a pour but de décloisonner le système de santé, en incitant à une coopération entre addictologues et médecins généralistes.

V.3- Limites de l'étude

Biais de sélection des participants :

L'ensemble des participants avait été retenus sur **le mode du volontariat,** ce qui constitue un biais de recrutement, même si cela permettait d'avoir un échantillon représentatif des différentes structures présentes en Ex-Aquitaine. Les freins et leviers exprimés, proviennent donc d'addictologues ayant déjà théoriquement adhéré au projet.

Biais d'interprétation (analyse des entretiens) :

Le thésard étant **la seule personne ayant réalisé et analysé les entre**tiens, une triangulation n'a pu être menée, ce qui conduit inévitablement à un biais. Il aurait fallu pour éviter cela, trouver un autre doctorant pour mener ce travail de façon conjointe et ainsi renforcer la validité de nos résultats. Nous aurions pu interviewer également les autres acteurs de santé ayant participé à l'initialisation du projet, afin d'enrichir l'analyse.

Biais lors du recueil des données :

Le doctorant étant un interne en médecine, son statut pouvait influencer **la façon de mener les entretiens**. Il réalisait par ailleurs ses premiers entretiens, et n'ayant pas l'habitude, il a pu sans le vouloir parfois interagir avec les réponses des addictologues, que ce soit par sa posture physique ou verbale. Cependant celui-ci a toujours essayé d'adopter un comportement professionnel, sérieux, et impassible, afin que les personnes interviewées soit le plus à l'aise possible.

Biais de suggestion :

Dans le guide d'entretien, la première question posée (quels enjeux du dispositif pour le patient, le médecin généraliste et l'addictologue) avait pour objectif de **retrouver les enjeux** de l'expérimentation déjà expliqués au début de la démarche.
Cependant les questions restaient ouvertes et l'attitude du doctorant visait à accueillir tous les commentaires quel qu'ils soient.

Biais de désirabilité sociale :

Le thésard ayant mené les entretiens, était en lien direct avec la directrice de thèse, responsable de ce projet, et exerçant dans la même spécialité que les addictologues interviewés. Ceci ayant pu entrainer ce biais, défini par « *une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société. Il se caractérise par l'envie manifestée par le répondant de gagner une évaluation positive auprès des*

personnes qui l'entourent » d'après R. Butori et B. Parguel (43). Ce biais est déclenché principalement par deux facteurs, *« la nature des question (sujets sensibles et\ou très personnels) et la présence d'un enquêteur* ». Toutefois le recueil des avis par un tiers (le doctorant) pouvait réduire ce risque.

Biais de non réponse :

Ce biais est cependant à minimiser, car seul un addictologue sur les 18 engagés n'a pas souhaité être interrogé.

V.4- Perspectives

Cette thèse avait pour objectif principal de relever les difficultés et leviers d'actions perçus par les addictologues pendant cette diffusion de parcours coordonné.
Elle permettait également de rendre compte des attentes, mais également des interrogations des addictologues sur le futur déroulé de cette expérimentation.

Devant la réflexion de certains addictologues sur la nécessité d'élaborer des rencontres avec les médecins généralistes, la responsable du projet prévoit de proposer **la réalisation de FMC sur chaque territoire**. Cet effort de travail paraît essentiel afin de sensibiliser les médecins traitants à ce projet, et permettre un recrutement de patients suffisant. C'est ainsi que plusieurs dates seront prévues, animées par les différents addictologues eux-mêmes.
Il sera difficile de lancer le projet pendant la période du Mois sans tabac, et la réalisation des FMC retardera sans doute l'expérimentation. Mais il paraît nécessaire d'informer les médecins généralistes pour qu'ils puissent adresser leurs patients répondant aux critères d'inclusions. Le plus efficace serait sans doute de proposer, en plus, la visite des Délégués de Santé publique d'Agir 33 car ils rencontrent systématiquement les médecins généralistes libéraux. De plus, ceci est intégré dans les actions financées de la structure et est donc plus simple à développer.

Il semble important que **les addictologues testent au moins une fois le dossier partagé et autres supports.** Leurs retours sont essentiels, afin d'apporter des modifications concrètes si nécessaire sur les outils en Novembre ou Décembre.

AGIR33-Aquitaine prévoit une **indemnisation des addictologues** de 150 euros pour la réalisation des FMC respectives et un financement des addictologues pour le temps consacré à chaque inclusion (50 euros par patient engagé dans le parcours, versés aux structures).

Pour faciliter le bon déroulement de ce projet pour les addictologues, **deux thésardes déjà identifiées** accompagneront également les addictologues. Elles veilleront à faire le lien entre la structure AGIR33 et les difficultés soulevées par les participants, afin d'y apporter des solutions. Cette aide au parcours paraît être essentielle pour pouvoir mener à terme ce projet.

Il sera nécessaire également qu'une **évaluation ultérieure** soit faite, pour rendre compte de l'efficacité du parcours, en termes d'arrêts de tabac, d'impact sur la pratique des médecins généralistes et des addictologues, et de satisfaction des patients et des professionnels. Ceci fera l'objet de travaux de thèses ultérieurs. Si le résultat est probant, la diffusion hors du territoire ex-Aquitaine sera encouragée.

La traçabilité par les addictologues, des patients inclus et non inclus permettra aussi de comprendre quel pourcentage de la population consultant les tabacologues répondent aux critères d'inclusion. Elle permettra de mieux cerner la population cible et l'adéquation de l'offre de soins à la demande.

Enfin devant la difficulté pour certains centres d'adapter leurs organisations (le personnel paramédical s'occupe du sevrage des patients fumeurs, et transmet la gestion des cas complexes à l'addictologue), la coordinatrice du projet envisage que ce parcours coordonné puisse s'appliquer aux autres professionnels de santé (infirmière, sage-femme, …). Ainsi dans le système ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) (48), des médecins généralistes, délèguent déjà des tâches aux infirmiers de leurs MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaires). On retrouve notamment le suivi du patient tabagique à risque de BPCO expliqué sur le site de l'Assurance Maladie (49). On pourrait donc imaginer que les infirmières puissent être intégrées dans cet accompagnement, une fois les médecins généralistes formés à ce dispositif.

Pour répondre à la difficulté de l'éloignement géographique de quelques addictologues, la coordinatrice du projet a déjà prévu la mise en place d'un système de **visioconférence pour faciliter la participation** lors des prochaines rencontres.

Ce travail de collaboration entre professionnels représente certainement une piste pour faciliter la prise en charge des patients pour le sevrage tabagique.
Au-delà de cette expérience, il devient urgent de faciliter l'échange et la transmission des pratiques. Comme pour toutes les autres spécialités, il est important que le médecin généraliste puisse s'appuyer sur l'addictologue afin de monter en compétence et pouvoir être à l'aise pour gérer seul ses patients.
Même si la formation des étudiants en 3^{ième} cycle s'est améliorée, il n'en demeure pas moins qu'elle reste insuffisante avec 4 heures seulement de cours théoriques d'addictologie en 1er et 2^{ième} cycle.
Il serait intéressant de pouvoir élargir les compétences des étudiants en médecine, et faciliter la venue des externes et internes dans des stages d'addictologie.

VI – Conclusion

Devant l'expérience pédagogique novatrice que représente ce dispositif de partenariat ville-hôpital initié en 2017 par la responsable du projet, il était intéressant d'essayer de la proposer à d'autres structures.
La préparation de cette diffusion a été un travail long et complexe. Il est apparu difficile de réunir ces spécialistes pour travailler en groupe sur un projet commun. La plupart des addictologues présents ont une activité importante et particulièrement hétérogène. Les aider à s'engager dans ce parcours coordonné pouvait représenter un défi.
Au cours de son travail (aussi bien en réunion, que pendant les entretiens), le doctorant a pu se rendre compte d'un certain nombre de difficultés.

Ainsi **en théorie**, la grande majorité des addictologues ont compris les enjeux de la démarche. Ils ont pu, pour la plupart se les approprier et les énoncer spontanément pendant leur entretien avec le doctorant. Les opportunités que ce dispositif présentait pour les patients, les médecins traitants et pour eux-mêmes, les ont convaincus.
Cette expérience peut leur permettre de réduire les délais d'attentes de leurs consultations, améliorer la prise en charge du tabac de leurs patients et en travaillant en coopération avec les médecins généralistes, ils participent à accroître leurs connaissances.
Ils semblaient être motivés et étaient tous volontaires pour y participer.

Cependant **en pratique**, cette diffusion du Parcours coordonné pour l'arrêt du tabac était plus complexe. Des **leviers** ont été relevés, notamment :

- L'**organisation** des réunions, qui se sont déroulées dans différents endroits.
  L'envoi par l'ARS des convocations a permis de donner une dimension institutionnelle au projet. Le nombre important d'intervenants, hétérogènes et venant de structures différentes, a permis de rendre les débats intéressants.
- La **méthode participative**, avec la possibilité pour les médecins généralistes de pouvoir contribuer à l'élaboration des outils par le retour de leurs expériences.
  La création de sous-groupes de travail et la dimension participative organisée par l'addictologue coordinatrice.
  L'assurance que ce parcours était modulable en fonction des spécificités de leurs patients.
  Le consensus obtenu sur les critères d'inclusion des patients et la production d'un livret partagé permettant de respecter les dossiers propres à chaque structure.
- Son **accueil favorable**, par les médecins généralistes ayant participé, par les instances de santé, et l'intérêt important signifié par une très grande majorité des addictologues.

Mais des **freins** ont également été perçus, et souvent exprimés par les addictologues eux-mêmes :

- L'**éloignement géographique** pour certains des lieux de réunion, le manque de temps évoqué par d'autres.
- Les structures réunies étant très variées, elles représentaient **une diversité d'organisation et de pratiques importantes**. Ainsi chaque addictologue devait s'approprier une approche commune de l'aide à l'arrêt du tabac pendant le déroulé du travail collectif.
- Des difficultés notamment pour **exposer leur avis par mail** en interséance.
- De nombreuses **divergences** qui sont apparues au cours des réunions avec des débats extensifs.
- Un temps important consacré à des sujets hors des objectifs ciblés par les réunions.
- **L'absence de consensus** concernant le carnet de traçabilité craving.
- **L'absence de test** par les addictologues des outils à l'issue des séances.
- Des **inquiétudes** sur les caractéristiques des patients à recruter (qui parfois peuvent différer de ceux rencontrés habituellement), le faible nombre de patients consultants pour ce motif dans certaines structures (et donc par conséquent un obstacle pour atteindre le nombre d'inclus prévu), les difficultés anticipées pour mobiliser les médecins généralistes.

Pour y répondre, les promoteurs d'AGIR33, renforcés par la participation de trois futures doctorantes, les accompagneront tout au long de leur démarche, afin de faciliter leur engagement.

Ce dispositif se rapportant à un problème majeur de santé publique, répond clairement aux axes des politiques de santé actuelles. C'est pourquoi l'ARS soutient son extension en ex-Aquitaine.
En favorisant ainsi le décloisonnement ville-hôpital, il représente probablement une méthode innovante pour lutter efficacement contre le tabagisme.

Bibliographie

1. OMS - Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme. 26 juillet 2019. [Internet]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco
2. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France : premiers résultats issus du Baromètre santé 2017. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017;(14-15):265-73.
3. Bourdillon F. Editorial. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2019;(15):270-1.
4. Santé Publique France. Bulletin de Santé publique Nouvelle-Aquitaine. Janvier 2019. [Internet]. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/agence_r_gionale_de_sant_nouvelle_aquitaine/BSP_NA_Tabac_01_2019.pdf
5. Lajzerowicz N, Fournols M, Castéra P. Prise en charge conjointe ville-hôpital de l'arrêt du tabac : une expérience de pédagogie active en addictologie. Le courrier des addictions 2018;20(4):22-27.
6. Fournols M. 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 pour l'obtention du Doctorat en Médecine]. Bordeaux : Université de bordeaux; Octobre 2018.
7. Tabac-info-service.fr. Les risques du tabagisme actif. [Internet]. Disponible sur : https://www.tabac-info-service.fr/Le-tabac-et-moi/Les-effets-nefastes-du-tabac-pour-moi/Les-risques-du-tabagisme-actif
8. Collège national des universitaires de psychiatrie CNUP. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. Addiction au tabac. 2016. P395-403.
9. Kopp P. Le coût social des drogues en France. Observatoire Français des drogues et toxicomanies. Décembre 2015. [Internet]. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf
10. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Programme National de Réduction du tabagisme 2014-2019 – Plan cancer 2014-2019. Objectif 10. [Internet]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf
11. Plan Gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Collection des rapports officiels. [Internet]. Disponible sur : https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf
12. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'action et des comptes publics. Programme National de lutte contre le tabac 2018-2022 – Conduire des actions visant à lutter contre le tabac. 2018. [Internet]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
13. 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.
14. 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=&cat
15. Assurance Maladie. La Rosp du médecin traitant de l'adulte. 28 Août 2019. [Internet]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte
16. DREES – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats : La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. Octobre 2018. Numéro 1085. [Internet]. Disponible sur : https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-10/2018-10-10-DREES_delai-RV-PS.pdf

17. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022, un engagement collectif – Dossier de presse. 18 Septembre 2018. [Internet]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
18. ARS – Agence Régional de Santé. Pourquoi transformer notre système de santé – Article. 12 Février 2019. [Internet]. Disponible sur : https://www.ars.sante.fr/pourquoi-transformer-notre-systeme-de-sante
19. Nabet N, Pribile P. Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final : Repenser l'organisation territoriale des soins. 2018. [Internet]. Disponible sur : https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/2018-09-18_masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf
20. FHF – Fédération Hospitalière de France. Renforcer le lien ville-hôpital. Rapport 2018.
21. Tab'agir. Qui sommes-nous ?. [Internet]. Disponible sur : https://www.tabagir.fr/qui-sommes-nous/
22. Assurance Maladie. Prado, le service de retour à domicile. Article. 28 Aout 2019. [Internet]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado
23. AP-HP – Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. L'AP-HP propose une nouvelle relation partenariale aux médecins de ville. Communiqué de presse. 06 Octobre 2016.
24. Prébois S, Bensoussan M, Schmitt L. Les dispositifs de soins partagés : Le dispositif de soins partagés en Psychiatrie. 2017.
25. ANPAA Sud bassin, CEID-Addictions Antenne d'Arcachon, UFNA Pôle de Santé d'Arcachon. Parcours prévention et soin en addictologie, Bassin d'Arcachon Sud. [Internet]. Disponible sur : https://ceid-addiction.com/parcours-addictologie-bassin-arcachon-sud/
26. Groupe de travail FFA-AFEF. Eliminer l'infection par le virus de l'hépatite C : Construire un parcours de soins coordonnés Addictologues-Hépatogastroentérologues pour les patients addicts. Parcours adapté aux besoins de chaque patient. 06 Décembre 2018. [Internet]. Disponible sur : http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA-projet_parcours_unique_VHC-2018_12_06.pdf
27. Groupe de travail FFA-AFEF. Repérage et prise en charge de l'hépatite C chez les patients addicts. Décembre 2018. [Internet]. Disponible sur : http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA-parcoursVHC-Fiche-2018_12_06.pdf
28. Garavel D. Optimisation de la prise de rendez-vous en cardiologie dans le cadre du parcours de soins coordonnés. [Thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine]. Marseille : Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille; Janvier 2019.
29. Castan J, Michel A. Coordination des soins des patients dépressifs : Perceptions croisées entre Psychiatres et Médecins Généralistes. [Thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine]. Grenoble : Université Grenoble Alpes; Mai 2019.
30. Cambon L, Alla F. Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France. Santé Publique. 2013/6;25:757-762.
31. IREPS Auvergne-Rhône-Alpes. Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : quelques éléments de cadrage. Juin 2018.
32. Cambon L, Minary L, Riddle V et al. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. Santé Publique. 2014/6;26:783-786.
33. Santé Publique France. Consultation de tabacologie, Dossier validé par la Société francophone de Tabacologie. 2018
34. Poizat G, Goudeaux A. Appropriation et individuation : un nouveau modèle pour penser l'éducation et la formation ?, Revue TransFormations. 2014;12:13-38.
35. AFSOS - Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. Sevrage tabagique : Fiches référentiels. 2015. [Internet]. Disponible sur : http://www.afsos.org/fiche-referentiel/sevrage-tabagique/
36. HAS – Haute Autorité de Santé. Travailler en équipe. Article. 2014.
37. Sciolla M. Etude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique. [Thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine]. Grenoble : Faculté de médecine de Grenoble. Novembre 2012.

38. Blanc E. Influence des attitudes des professionnels de santé sur leurs pratiques professionnelles dans le cadre des problématiques addictives : une revue systématique de la littérature. [Thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine]. Lyon :Faculté de médecine et de maïeutique Lyon Sud; Décembre 2018.
39. Fédération Addiction. Formation de base en addictologie : présentation du programme. 2019
40. Kerleau Monique. L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé. Sciences Sociales et Santé 1998;16(4):5-34.
41. Gangloff-Ziegler C. Les freins au travail collaboratif. Cahiers d'Economie et de Gestion de la Côte d'Opale. Le travail collaboratif, une innovation générique, L'Harmattan. 2009:95-112.
42. Mintzberg H. Le management, Voyage au centre des organisations, Paris : Editions d'Organisation.2004.
43. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse – Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM 2010. [Internet]. Disponible sur : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/document
44. Olson M. Logique de l'action collective, Paris : PUF.1965
45. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Armand Colin. 2007. (128 Tout le savoir).
46. Krief N, Zardet V. Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. Recherches en Sciences de Gestion 2013;95(2):211-237.
47. Ministère des solidarités et de la santé. Article 51 : Expérimenter et innover pour mieux soigner. 2019. [Internet]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article-51
48. Infirmiers.com. L'infirmier conseil Asalée : un atout pour la prévention. Mise à jour le 22.02.2018. [Internet]. Disponible sur : https://www.infirmiers.com/actualites/revue-de-presse/infirmier-conseil-asalee-atout-pour-prevention.html
49. Assurance Maladie. Le suivi en ville après hospitalisation pour exacerbation de BPCO. 18 Mai 2018. [Internet]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/memos/suivi-ville-hospitalisation-exacerbation-bpco

Annexe

Tableau comparatif des dossiers "tabac" utilisés par les différents addictologues

Eléments du dossier / Addictologues	Hôpital Suburbain du Bouscat	CEID Arès	CES Bordeaux/ begles	Centre hospitalier de la côte basque	Pôle de santé du Villeneuvois	Clinique Lesparre	ANPAA Pau	ANPAA Périgueux	ANPAA Mont de Marsan	ANPAA Bordeaux	CEID Arcachon + Bordeaux	Centre hospitalier d'Arcachon	CSSR Les Lauriers Lormont	CH Charles Perrens	CHU Haut leveque	CHU bordeaux (D-K)
Adressé par un professionnel de santé	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Age du patient	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Sexe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Poids	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X			X
Niveau d'étude	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X			X
Profession	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Situation sociale	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Prise en charge en ALD ?	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Couverture médicale		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Statut du conjoint par rapport au tabac	X	0				X	X	X	X	X	X	X	0			
Age de début du tabagisme régulier	X	X	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Conso de tabac par jour	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Co-test	X	0	X	X	X		X	X	X	X	X	0	X			
Bilan sanguin		0		X	0	0	0	0	0	0	X	X	X			
Consommation à risque d'alcool	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Consommation de cannabis	X	X	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			

Eléments du dossier / Addictologues	Hôpital Suburbain du Bouscat	CEID Arès	CES Bordeaux/ begles	Centre hospitalier de la côte basque	Pôle de santé du Villeneuvois	Clinique Lesparre	ANPAA Pau	ANPAA Périgueux	ANPAA Mont de Marsan	ANPAA Bordeaux	CEID Arcachon + Bordeaux	Centre hospitalier d'Arcachon	CSSR Les Lauriers Lormont	CH Charles Perrens	CHU Haut leveque	CHU bordeaux (D-K)
Autres consommations de toxique	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Poly-addictions	X	X	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Comorbidités somatiques	X	X	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Comorbidités psychiatriques	X	X	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Existence d'antécédents de dépression ?	X	X	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Pathologies concomitantes	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Motivations à atteindre votre objectif		X				X	X	X	X	X	X	X	0			
Motivations à l'arrêt	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	0			X
Craintes vis-à-vis du sevrage	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	0			X
ATCD de tentatives de sevrage	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Les méthodes d'aide au sevrage déjà employées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Confiance dans ses capacités à parvenir à l'abstinence	X	0	X	X	0	X	X	X	X	X	X	X				
Autres sources de gratification	X	0				X	X	X		X	X	X	X			
Existence d'un traitement psychotrope en cours	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Traitements en cours	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Traitements de substitutions	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X

Eléments du dossier / Addictologues	Hôpital Suburbain du Bouscat	CEID Arès	CES Bordeaux/ begles	Centre hospitalier de la côte basque	Pôle de santé du Villeneuvois	Clinique Lesparre	ANPAA Pau	ANPAA Périgueux	ANPAA Mont de Marsan	ANPAA Bordeaux	CEID Arcachon + Bordeaux	Centre hospitalier d'Arcachon	CSSR Les Lauriers Lormont	CH Charles Perrens	CHU Haut leveque	CHU bordeaux (D-K)
Budget consacré au tabac	X	X			0	X	0	X	X		X	X	X			X
Question de la place du Tabac dans le budget	X	X			0		0	X	X	X	X	X	X			
Niveau de motivation à l'abstinence évalué par échelle 0-10	X	0	X	X	0			X	X		X	0				
Echelles évaluations pré-consultation Tabac				X												
Questionnaire "pourquoi fumez vous ?"	X		X		X			X				X				
Questionnaire "comment vous sentez-vous ?"	X			X	X			X				X				
Evocation utilisation cigarettes électroniques	X	X	0	X	X	X	X	X	0	X	X	X	X			
Retentissement somatique	X	X	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Evaluation du syndrome de manque au cours du suivi	X	X	0	X	X		0	X	0		X	X	X			
Carnet de suivi patient (personnel)	X	X			0		0	X			X	0	X			
Questionnaire de suivi	X			X	X			X	X		X					
Protocole de réduction progressive du tabac avec une substitution nicotinique transdermique continue				X												
Diagramme conceptualisation		X														
Traumatic Expériences Checklist		X														
SMI/MADRS/Questionnaire de dissociation		X														
Questionnaire des schémas de Young		X											0			

Eléments du dossier / Addictologues	Hôpital Suburbain du Bouscat	CEID Arès	CES Bordeaux/ begles	Centre hospitalier de la côte basque	Pôle de santé du Villeneuvois	Clinique Lesparre	ANPAA Pau	ANPAA Périgueux	ANPAA Mont de Marsan	ANPAA Bordeaux	CEID Arcachon + Bordeaux	Centre hospitalier d'Arcachon	CSSR Les Lauriers Lormont	CH Charles Perrens	CHU Haut leveque	CHU bordeaux (D-K)
Tabacco Craving Questionnaire				X												
Test de Horn				X			0		0							
Test de Grimaldi				X												X
Test HAD	X		X	X	X		0	X		X		X	0			X
Test de Fagerstrom	X		X	X	X		X	X	X	X			X			X
Evaluation Q-Mat					0				X				0			
Echelles Visuelles Analogiques							0		X				X			
Questionnaire diététique/Enquête alimentaire								0				0	X			X
Vaccination		X		X	0		X				X		X			
Etes vous enceinte ?	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X			X
Projet de grossesse	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X			
Observation libre, adapté au patient		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		DX-CARE	

0 → Item inscrit en fonction des caractéristiques du patient

x → Item Présent

Annexe 2 (Couverture du Livret Partagé) :

Structure d'Addictologie

Médecin Traitant

PACT-Tabac régional

Parcours d'Accompagnement Coordonné
sur les Territoires pour l'arrêt du Tabac

MON PARCOURS PARTAGÉ

AGIR 33 AQUITAINE | En partenariat avec : ARS Nouvelle-Aquitaine | CHU Hôpitaux de Bordeaux | URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

Titre et résumé en Anglais

Diffusion of a coordinated course for quitting smoking in ex-Aquitaine : Obstacles and levers for the appropriation of the method and the tools by a collective of addictologists

Abstract :

Introduction : An experiment has been realized in 2017 at the Bouscat Hospital, which aimed to familiarize general practitioners with tobacco cessation accompaniment. The idea was to integrate them, in a practical way, in the care of their smoking patients, shared with the addictologist.
The evaluation of the perception and the attitude of the 30 general practitioners implicated showed that these were well received and the improvement of their skills. It has been proposed to diffuse the method and the tools of this initial experience to others volunteers addictologists in ex-Aquitaine.

Objective : To identify the difficulties and action's levers in obtaining an implicated specialist consensus, for the diffusion of this coordinated care experience.

Method: It's about two qualitative studies. The first one on the exchanges in meetings between specialists, during the consensus-seeking, based on the full transcript of the partipants' discussions. The second one is about the opinion's collecting by semi-structured interviews.

Results: The vast majority of addictologist have joined the issues of this process. However, in practice, the dissemination of the coordinated course was more complex. Thus if the levers were identified (favourable recepetion from health workers, the progressiveness of the approach and the participatory method) many obstacles were also perceived (diversity of organization and practices of the addictologist involved, profile of their active file, complexity of the debates, geographical distance, …)

Conclusion: This experiment has been supported by a large number of health workers. The appropriation of the method and the tools used tooks several months. The next step will be to support its implementation on the ground

Résumé

Introduction : Une expérimentation a été réalisée en 2017 à l'Hôpital du Bouscat, qui avait pour objectif de familiariser les médecins traitants à l'accompagnement à l'arrêt du tabac. Il s'agissait de les intégrer de façon pratique dans la prise en charge de leurs patients fumeurs, partagée avec l'addictologue. L'évaluation de la perception et des attitudes des 30 médecins généralistes impliqués a permis de montrer un accueil favorable de ces praticiens et un accroissement de leurs compétences. Il a été proposé de diffuser la méthode et les outils de cette expérience princeps à d'autres addictologues volontaires en ex-Aquitaine.

Objectif : Identifier les difficultés et les leviers d'actions pour l'obtention d'un consensus des spécialistes impliqués, pour la diffusion de cette expérience de prise en charge coordonnée.

Méthode : Il s'agit de deux études qualitatives. La première, explorant les échanges en réunion entre spécialistes, s'est basée sur la retranscription intégrale des discussions des participants. La deuxième recueillant leurs avis, a été réalisée en entretiens semi-dirigés.

Résultats : La grande majorité des addictologues ont adhéré aux enjeux de la démarche. Cependant en pratique, cette diffusion du Parcours coordonné pour l'arrêt du tabac était complexe. Ainsi si des leviers ont été relevés (l'accueil favorable par les acteurs de santé, la progressivité de la démarche et la méthode participative), de nombreux freins ont également été perçus, (diversité d'organisation et des pratiques des addictologues impliqués, profil de leur file active, complexité des débats, distance géographique …).

Conclusion : Cette expérience a recueilli l'adhésion d'un grand nombre d'acteurs de santé. L'appropriation de la méthode et des outils utilisés s'est déroulée sur plusieurs mois.
La suite de la démarche consistera en l'accompagnement de sa mise en œuvre sur le terrain.

Mots-clés : Tabagisme / Partenariat ville-hôpital / Addictologues / Parcours coordonné / Diffusion / Freins et leviers