



HAL
open science

Étude des freins et des leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine

Lucie Crevoisier

► **To cite this version:**

Lucie Crevoisier. Étude des freins et des leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02496672

HAL Id: dumas-02496672

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02496672>

Submitted on 3 Mar 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.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019

Thèse n° 215

THÈSE POUR L'OBTENTION DU

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 Décembre 2019

Par CREVOISIER Lucie Hélène

Née le 4 octobre 1991 à Besançon (25)

Étude des freins et des leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine

Sous la direction de : Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Membres du jury :

Monsieur le Professeur François ALLA

Président

Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Juge et Rapporteur

Madame le Professeur Mélina FATSEAS

Juge

Monsieur le Docteur David CHEVILLOT

Juge

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	2
Remerciements	4
Liste des tableaux, figures et annexes	6
Abréviations et acronymes	7
1 - INTRODUCTION	8
1.1. Le projet « LAST/PAST/5A »	9
1.2. Le marketing social	9
1.2.1. Définition	9
1.2.2. Principes	10
1.3. Les Délégués de Santé Prévention (DSP)	11
1.4. Justification de l'étude	12
2 - MATÉRIEL ET MÉTHODE	14
2.1. Schéma de l'étude	14
2.2. Population de l'étude	14
2.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion	14
2.2.2. Lieu de l'étude	15
2.2.3. Contenu des visites en dehors de l'étude	15
2.3. Hétéro-questionnaire	15
2.4. Recueil de données	17
2.5. Critères de jugement	17
2.5.1. Critère de jugement principal : freins et leviers des professionnels pour accompagner les fumeurs	17
2.5.2. Critères de jugement secondaires	18
2.6. Saisie des données	18
2.7. Analyse des données	18
2.8. Mesures éthiques et réglementaires	19
2.9. Financement de l'étude	19
3 – RÉSULTATS	20
3.1. Population de l'étude	20
3.2. Résultats du questionnaire	23
3.2.1. Critère de jugement principal : freins et leviers des professionnels pour accompagner les fumeurs	23
3.2.2. Critères de jugement secondaires	35
3.2.2.1. Pour les médecins généralistes	35
3.2.2.2. Pour les pharmaciens	36
3.2.2.3. Questions 6 et 7	38

4 – DISCUSSION	39
4.1. Les limites de l'étude	39
4.2. Les forces de l'étude	41
4.3. Interprétation des résultats	43
4.3.1. Objectif principal : freins et leviers des professionnels pour accompagner les fumeurs	43
4.3.2. Objectifs secondaires	53
5 – PERSPECTIVES	56
6 – CONCLUSION	58
7 – BIBLIOGRAPHIE	59
Serment d'Hippocrate	81
Résumé	82

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François ALLA, président du jury, pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et pour l'attention portée à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ, pour avoir accepté de juger ce travail et pour vos remarques utiles. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude.

A Madame la Professeure Méлина FATSEAS. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur David CHEVILLOT. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, directeur de thèse pour son aide, sa disponibilité et son soutien constant malgré les difficultés. Ce travail n'aurait jamais abouti sans ses conseils.

A Madame la Professeure Karine GALLOPEL-MORVAN pour sa participation au sein du projet LAST/PAST et pour tous ses conseils en marketing social.

A Monsieur le Professeur Roger SALAMON et Monsieur Kevin Ouazzani pour leur aide précieuse concernant la réalisation des statistiques de notre travail.

A l'équipe d'AGIR 33 Aquitaine et tous les Délégués de Santé Prévention Nouvelle Aquitaine sans qui ce travail n'aurait pu avoir lieu.

A tous les médecins généralistes et pharmaciens qui ont accepté de répondre à notre questionnaire.

À mes proches,

À mes parents, un grand merci à vous de m'avoir soutenue et accompagnée depuis toutes ces années,

À Camille et Martin, merci pour tous nos moments passés ensemble et ceux encore à venir,

À Camila, bienvenue dans la famille, je suis ravie de notre rencontre, à nos futurs dessins,

À Yann parce que tu resteras mon « beau-f »

À Léon, quel bonheur de te voir grandir, je suis fière et heureuse d'être ta marraine,

À Bounty, patriarche de la famille,

À mes grands-parents, Mamie Nicole, Pépère, et Mamie Angèle, avoir pu vous connaître a été un grand privilège, merci pour tout ce que vous m'avez appris et transmis,

À mon parrain et ma marraine, à mes oncles et tantes, à mes cousin(e)s, à la famille Suisse merci d'avoir toujours été présents dans ma vie,

À Estelle et David, Juju et Dam's, vous êtes bien plus qu'une « belle famille »,

À celui qui partage ma vie et me rend meilleure chaque jour,

À mes ami(e)s,

À tous mes co-externes et co-internes,

Aux personnels médical, paramédical et administratif des différents stages de médecine réalisés au cours de ces neuf dernières années, en particulier,

Au Professeur Lataste, au Docteur Rouanes, au Docteur Jarnier, au Docteur Rolland, au Docteur Biogeu pour tout ce qu'ils m'ont appris à l'hôpital.

À mes maîtres de stages, le Docteur De Burosse, le Docteur Dumas et le Docteur Astanière Boudy pour m'avoir fait partager leur quotidien et transmis leur savoir en médecine générale,

Au Docteur Dorsi Mazéas pour m'avoir fait confiance et m'avoir accompagné dans mes premiers remplacements à son cabinet,

À ma belle Franche-Comté et notre belle Dordogne...

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Tableau des effectifs recrutés selon les DSP avant et après exclusion (N=217)	20
Tableau II : Description de la population des médecins généralistes et pharmaciens (N=210)	21
Tableau III : Possibilité de mieux aider les fumeurs selon les professions (N=208)	33

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Accompagnement des fumeurs par les médecins généralistes et pharmaciens (%) (N=209)	23
Figure 2 : Demande d'aide aux médecins généralistes/pharmaciens (%) (N=209)	24
Figure 3a : Freins des médecins généralistes (score moyen à chaque réponse) (N=121)	24
Figure 3b : Freins des pharmaciens (score moyen à chaque réponse) (N=88)	26
Figure 4a : Freins des fumeurs selon les médecins généralistes (score moyen à chaque réponse) (N=121)	27
Figure 4b : Freins des fumeurs selon les pharmaciens (score moyen à chaque réponse) (N=88)	29
Figure 5a : Facteurs favorisant l'implication des médecins généralistes (score moyen à chaque réponse) (N=121)	30
Figure 5b : Facteurs favorisant l'implication des pharmaciens (score moyen à chaque réponse) (N=88)	31
Figure 6 : Choix d'être L.A.S.T chez les médecins généralistes et pharmaciens (%) (N=210)	33
Figure 7 : Motifs des refus d'être L.A.S.T chez les médecins généralistes (N=79)	34

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Hétéro-questionnaire	64
Annexe 2 : Fiche explicative aux professionnels de santé	66
Annexe 3 : Check-list DSP	68
Annexe 4 à 11 : Tableaux statistiques pour les objectifs secondaires	69

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ADDICTLIM : ADDictologie du LIMousin

AFML : Association de Formation des Médecins Libéraux

AGIR 33 Aquitaine : Addictions Gironde

ARIA PC : Association du Réseau des Intervenants en Addictologie Poitou-Charentes

ARS : Agence Régionale de Santé

COREADD NA : COordination REgionale ADDictions Nouvelle-Aquitaine

DSP : Délégués de Santé Prévention

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

LAST : Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

PAST : Pôles d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

PIAAC : Programme for the International Assessment of Adult Competencies

PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabac

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

P2RT : Programmes Régionaux de Réduction du Tabagisme

RESAPSAD : REseau Sud Aquitaine des Professionnels de Soins en Addictologie

RÉNAPSUD : Dispositif du Pôle addictologie CHU Perrens Bordeaux

RPIB : Repérage Précoce et à l'Intervention Brève

TNS : Traitements Nicotiniques de Substitution

VIJGIL : Impact de la Visite des Jeunes Généralistes Installés Libéraux

5A : Ask – Advice – Assess – Assist - Arrange

1 - INTRODUCTION

Le tabac est à ce jour la première cause de mortalité évitable en France. Il est responsable de près d'un décès sur huit (1).

La lutte contre le tabac reste donc une priorité en termes de santé publique. Dans ce sens, l'État se mobilise depuis plusieurs années.

La création du Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) 2014 – 2019 en est un exemple. Les actions se sont multipliées avec la mise en place des paquets neutres, de l'interdiction de fumer/vapoter dans les lieux publics, la hausse du prix des cigarettes, le remboursement des traitements nicotiques de substitution (TNS), l'opération « #Moi(s) Sans Tabac », notamment (2).

Dans la continuité du PNRT, un nouveau Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT) 2018-2022 a été mis en place par Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé, avec quatre axes principaux (3) :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

L'ensemble de ces efforts a permis une diminution historique du nombre de fumeurs de 1,6 millions entre 2016 et 2018 (1).

Ces résultats sont encourageants mais encore insuffisants pour atteindre l'objectif fixé d'une prévalence inférieure à 17 % de fumeurs en France en 2027 et d'une première génération de non-fumeurs en 2032 (3).

Dans cette lutte contre le tabac, de nombreux projets sont financés en Nouvelle-Aquitaine, dont le plus conséquent, selon les financements accordés dans le cadre du fond « tabac » 2018, est « LAST/PAST/5A ».

1.1. Le projet « LAST/PAST/5A »

Les mobilisations pour la lutte anti-tabac, en plus des actions nationales, se poursuivent à l'échelle régionale. L'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle Aquitaine (NA) a notamment bénéficié de 2,3 M€ pour 2018-2020 dans le cadre des Programmes Régionaux de Réduction du Tabagisme (P2RT) avec les fonds de lutte contre le tabac (4).

L'association AGIR 33 Aquitaine développe, dans le cadre de ce financement, en collaboration avec le service prévention du CHU de Bordeaux, un nouveau dispositif d'accompagnement des fumeurs. Il s'agit du projet intitulé « LAST/PAST/5A » (5).

Le projet consiste en la mise en place de Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T). Ces lieux dédiés à la Santé (cabinets médicaux et paramédicaux, officines, services de santé au travail ou de santé scolaire) exposeront de façon claire et lisible leur capacité à aider les fumeurs. Les professionnels seront formés et disposeront d'outils de médiation facilitant leurs tâches.

L'intérêt réside dans la proximité territoriale, temporelle et humaine sur les parcours de santé habituels des usagers. Ceux-ci seront ainsi en mesure de mieux situer les professionnels en capacité de les aider. Ils pourront les solliciter lorsqu'ils en ressentiront la nécessité. **Il s'agit de « rapprocher les solutions du problème ».**

Ces L.A.S.T seront regroupés en Pôles d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (P.A.S.T) en lien avec des personnes ressources, comme des addictologues, pour les cas plus complexes.

Les porteurs de ce projet sont également « ambassadeurs » du « #MoisSansTabac » pour la Nouvelle-Aquitaine. Il s'agit d'une campagne inspirée de « Stoptober », développée en Grande-Bretagne depuis 2012, campagne reposant sur une stratégie de marketing social (6-7).

En complément des LAST/PAST il s'agira également de mettre en place du marketing social de proximité.

1.2. Le marketing social

1.2.1. Définition

L'utilisation des principes et des techniques du marketing ne se limitent pas au domaine commercial. Intégré dans le domaine social, le marketing se définit comme marketing social.

Le concept est né au début des années 1970 en Grande Bretagne de Philip Kotler et Gerald Zaltman.

En 2002, les auteurs Philip Kotler, Ned Roberto, Nancy Lee écrivaient : « *Le marketing social vise à influencer un public-cible afin qu'il accepte, rejette, modifie ou abandonne volontairement un comportement bénéficiant à un individu, à un groupe ou à la société dans son ensemble* » (8).

Plus récemment, en 2011, Karine Gallopel-Morvan, Professeure des Universités à l'École des Hautes Études de Santé Publique de Rennes (EHESP), précisait dans *La Santé de l'Homme* « *Le marketing social n'est pas appliqué à un produit commercial mais à une cause : réduction de la consommation de tabac, de l'alcoolisation excessive des jeunes, obésité, don du sang, paludisme, conduite en état d'ébriété, pollution atmosphérique, faim dans le monde, etc. Le point commun entre le marketing social et le marketing commercial ? Ils utilisent les mêmes outils et ont pour objectif final de modifier les comportements de la cible visée.* » (9)

1.2.2. Principes

Une stratégie de marketing social repose sur plusieurs éléments.

Elle doit bénéficier d'une campagne de communication mais aussi de la mise à disposition d'outils gratuits visant à réduire les coûts et les freins à l'adoption de ce nouveau comportement.

Par exemple, lors de la campagne « MoisSansTabac » ont été créés le dispositif « Tabac- info-service » et le kit d'aide à l'arrêt du tabac (6).

De plus, une cohésion des intervenants aux niveaux national et local permet une action au plus près des publics concernés.

La campagne doit également reposer sur des fondements scientifiques.

L'étude des cibles s'appuie sur des enquêtes représentatives, comme par exemple les Baromètres de Santé Publique France (10), des études qualitatives ou des analyses de la littérature scientifique (7).

On peut résumer la démarche de réflexion d'une stratégie de marketing social à l'aide de cinq points, ainsi que de la règle des 5C proposée par Karine Gallopel-Morvan (11).

➔ Les 5 points :

- Comprendre les comportements du public
- Segmenter et cibler les différents publics

- Fixer des objectifs
- Mettre en place des actions « terrain » : les 5C
- Évaluer ces actions

➔ Les 5 C pour :

- Comportement : proposer un comportement ET ce qui facilitera sa mise en place
- Coût (financier ou frein/barrière à l'adoption) : doit être minimum pour le public
- Capacité d'accès : possible à ce comportement de façon concrète
- Communication : à l'aide d'une campagne pour promouvoir le comportement
- Collaborateurs (leaders d'opinions, prescripteurs, partenaires) : primordiaux pour la diffusion.

Ainsi, pour le C de « comportement » nous comprenons que cela implique nécessairement une très bonne connaissance de la cible et donc la réalisation d'études à ce sujet.

En effet, selon l'âge, le sexe et bien d'autres indicateurs, les cibles auront possiblement des comportements différents ce qui impliquera dans un second temps une éventuelle segmentation des programmes selon ces différences.

1.3. Les Délégués de Santé Prévention (DSP)

Depuis 2006, au niveau régional, AGIR 33 Aquitaine a développé le concept de visite des médecins généralistes et des pharmaciens par un délégué santé prévention. Indépendant de l'industrie et de l'Assurance Maladie, une de ses missions est d'informer les professionnels sur les ressources de proximité en addictologie (12). L'information porte aussi sur les formations adaptées à leurs besoins, les actions entreprises près de leur lieu d'exercice, les recommandations et référentiels médicaux. Par ailleurs, le DSP est un intermédiaire, pour optimiser le parcours de soins entre les professionnels et les structures d'addictologie. De plus, mieux connaître les pratiques, connaissances, représentations des professionnels permet de les aider dans leur prise en charge de patients présentant des addictions. Enfin, le DSP est chargé de l'écoute attentive des besoins ressentis par les professionnels visités, basé sur l'entretien motivationnel, ainsi que de la création d'un lien avec les professionnels souvent isolés (12).

Le travail de thèse de Fanny Augère intitulé « Apport de la visite d'une Déléguée santé Prévention d'un réseau « Addictions » auprès des médecins généralistes girondins » montre

l'efficacité des visites auprès des professionnels. Les autres canaux de communication auprès des acteurs (courriels, courriers...) ont une portée bien plus faible (13).

A ce jour, il existe 4 postes de DSP en Nouvelle-Aquitaine pour couvrir le territoire. Chaque année, ils visitent chacun environ 500 à 700 professionnels de santé, médecins généralistes et pharmaciens, essentiellement.

1.4. Justification de l'étude

Pour développer le projet régional « LAST/PAST » en appliquant un modèle de marketing social il est nécessaire de s'intéresser aux publics concernés (14) : les fumeurs et les professionnels de santé.

Alice Bonnay-Hamon et Philippine Brousse se sont intéressées aux fumeurs dans leur travail de thèse intitulé « *Perceptions des fumeurs sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal : Enquête qualitative auprès des fumeurs au stade d'intention et préparation* » (15). Ce travail montre que les usagers ont plutôt l'intention d'arrêter sans aide. Toutefois, quand on leur demande de proposer leur stratégie d'arrêt du tabac idéale, ils citent en premier l'aide d'un professionnel de santé.

Paula Alvarez a étudié l'impact de la visite des jeunes installés libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie via une étude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'Ex-Aquitaine, installés depuis moins de 3 ans. Elle montre que le premier obstacle à l'implication des médecins généralistes concernant l'arrêt du tabac est l'absence de demande d'aide de la part du patient, plus que le manque de temps ou le manque de formation (16).

Les professionnels de santé susceptibles de se mobiliser contre le tabac sont nombreux : médecins, pharmaciens, sages-femmes mais aussi les nouveaux prescripteurs que sont les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les infirmiers et médecins du travail, les infirmiers et médecins scolaires (17).

Sachant qu'un arrêt du tabac a d'autant plus de chances de réussir qu'il est accompagné par un professionnel de santé, **la problématique est d'essayer de favoriser la rencontre entre**

les fumeurs en intention ou préparation d'arrêt du tabac selon le modèle de Prochaska et Di Clemente (18) et les professionnels en capacité de les aider, en proximité temporelle, humaine et territoriale.

Du fait de l'urgence de disposer d'éléments pour le développement de la stratégie et des outils de marketing social du projet, il a été choisi de cibler, dans un premier temps, les pharmaciens et les médecins généralistes. En effet, ceux-ci sont les plus régulièrement présents sur les parcours des fumeurs de 25 à 55 ans (principales cibles du projet), par leur présence sur tous les territoires pour tous les publics. D'autre part, ils disposent de lieux à forte exposition pour la diffusion de messages ultérieurs.

Cette thèse a donc pour objectif principal de s'intéresser aux freins et aux leviers à l'implication des pharmaciens et des médecins généralistes dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac.

En objectif secondaire, nous étudierons l'influence de facteurs nous paraissant pertinents (sexe, lieu d'exercice, années d'exercice, statut tabagique) sur les freins et les leviers ainsi identifiés.

En objectif tertiaire, nous essaierons de proposer des perspectives orientées par notre recherche, en termes de segmentation de la stratégie de marketing social selon ces deux professions et de mise en cohérence avec les travaux réalisés sur les fumeurs aux stades intention et préparation (15).

2 - MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale sur les représentations et pratiques déclarées par les médecins généralistes et les pharmaciens via un hétéro-questionnaire présenté en face à face sur le lieu de travail de ces professionnels.

2.2. Population de l'étude

La population cible correspond à l'ensemble des médecins généralistes et pharmaciens libéraux de NA visités habituellement par les DSP dans le cadre de leur fonction.

Les DSP visitent les professionnels de santé après avoir fixé un rendez-vous. Environ 70-80 % des professionnels acceptent les entretiens. En moyenne chaque DSP effectue entre 500 et 700 visites de médecins généralistes par an, auxquelles il convient d'ajouter une centaine de pharmacies, surtout en territoire rural, semi-rural pour ces dernières.

Nous avons choisi d'effectuer le recueil de notre étude sur une période d'un mois, afin de préserver la motivation des enquêteurs et la qualité du recueil. Les DSP ont été mis à disposition par les associations (ADDICTLIM en Ex-Limousin, ARIA PC en Ex-Poitou-Charentes, AGIR 33 Aquitaine et RESAPSAD en Ex-Aquitaine), dans le cadre de leurs missions financées par l'Agence Régionale de la Santé de Nouvelle-Aquitaine (ARS NA).

Avec une durée d'étude d'un mois, l'objectif fixé était le recueil d'au moins 200 questionnaires, soit 50 par DSP.

Afin d'augmenter le nombre de questionnaires, la doctorante a également participé au travail de recueil auprès de médecins généralistes et de pharmaciens.

2.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Étaient inclus tous les médecins généralistes et pharmaciens de Nouvelle Aquitaine en activité, visités par les DSP et par la doctorante. Dans le contexte de la visite sont exclus les médecins à exercice particulier exclusifs (n'étant pas médecins traitants de patients), ainsi que les professionnels en arrêt maladie/congé maternité. Certains professionnels injoignables ou en congés durant la période de visite sont également exclus.

Ont été exclus les préparateurs en pharmacie.

2.2.2. Lieu de l'étude

La Nouvelle-Aquitaine est constituée de douze départements à savoir ; Charente (16), Charente-Maritime (17), Corrèze (19), Creuse (23), Dordogne (24), Gironde (33), Landes (40), Lot-et-Garonne (47), Pyrénées-Atlantiques (64), Deux-Sèvres (79), Vienne (86), Haute-Vienne (87).

Les questionnaires ont été présentés lors des entretiens dans le cadre des visites normales, en situation naturelle. Les lieux n'ont donc pas été déterminés en fonction de l'étude.

Monsieur Pascal Richard DSP pour la Charente et Charente Maritime, Madame Isabelle Becker pour les Landes, Madame Catherine Meurant pour la Gironde, Madame Stéphanie Blanc de Sousa pour la Corrèze, la Vienne et la Haute-Vienne. La doctorante pour la Dordogne et la Corrèze.

Huit départements sur les douze de la Nouvelle Aquitaine ont donc été concernés, ceci permettant de couvrir les 3 ex-régions et des territoires ruraux, semi-ruraux et urbains.

2.2.3. Contenu des visites en dehors de l'étude

Après la passation du questionnaire, les visites avaient également pour objectif, dans leur cadre habituel, de présenter les projets des associations, les ressources en addictologie du territoire, les outils mis à disposition (annuaires et formations en ligne). Le projet « LAST/PAST/5A » était également présenté, dans l'optique d'un éventuel recrutement futur du lieu visité. Cette seconde partie n'était pas réalisée par la doctorante.

2.3. Hétéro-questionnaire

Nous avons élaboré le questionnaire au sein du réseau AGIR 33 Aquitaine, en particulier en collaboration avec Madame Audrey Gonneau (chargée de mission) et le Professeur Philippe Castera en se basant sur les études précédentes réalisées chez les fumeurs et chez les professionnels de santé (13-16). Fanny Augère met en évidence que les médecins généralistes girondins visités par les DSP disposent de meilleures connaissances des réseaux (AGIR 33, Ré-NAPSUD), des actions menées localement et des formations dispensées (13). Ces informations, essentielles, sont susceptibles d'optimiser la qualité des soins de premier recours dans le champ des conduites addictives. C'est donc logiquement que ces éléments apparaissent dans notre questionnaire comme « leviers » à l'implication des professionnels. Quant à Paula Alva-

rez, elle montre que l'absence de demande d'aide du patient plus que le manque de temps est un obstacle important dans la prise en charge des addictions. Le manque de formation et l'isolement apparaissent également (16). Ces résultats impliquent qu'ils figurent dans notre travail comme « freins » à l'implication des professionnels.

Une autre étude étant prévue auprès des autres professionnels de santé (sages-femmes et nouveaux prescripteurs), une attention particulière était nécessaire pour ne pas singulariser les questions et permettre une mise en parallèle des résultats des différentes études. En effet, de cette analyse émergera la nécessité éventuelle d'une segmentation plus ou moins complexe des outils de marketing social.

Afin de faciliter la participation et les réponses, il convient que le questionnaire soit court, simple à comprendre et à remplir. Un temps requis de participation de 10 minutes maximum était souhaité.

Il s'agit d'un questionnaire papier, de format A4, recto verso contenant huit questions en plus des données d'informations générales sur la profession, le lieu d'exercice (urbain, semi rural, rural), le sexe, le statut tabagique, le nombre d'années d'exercice, la notion de formation complémentaire en addictologie (**Annexe 1**).

Les questions 1 et 2 recueillent les perceptions des médecins généralistes et pharmaciens sur la fréquence de leurs sollicitations par rapport au tabac.

Les réponses possibles sont : « jamais », « très rarement », « parfois », « souvent ». Volontairement, ces réponses n'ont pas été bornées par des fréquences numériques. L'intention était de recueillir la perception subjective des professionnels sur leurs pratiques.

Les questions 3 à 5 sont les plus importantes car en lien avec l'objectif principal.

La question 3 propose une série de 9 réponses concernant les freins chez les professionnels de santé à accompagner leurs patients dans l'arrêt du tabac. Chacune de ces 9 réponses doit être cotée de 0 (= pas du tout) à 10 (= totalement) par la personne interrogée.

La question 4 propose également une série de 9 réponses avec la même cotation allant de 0 à 10. Cette question étudie les représentations des professionnels concernant les freins de leurs patients à leur demander de l'aide pour arrêter de fumer.

La question 5 propose une série de 11 réponses, conservant l'échelle numérique de 0 à 10. Elle s'intéresse aux facteurs facilitant l'implication des professionnels auprès des fumeurs.

La question 6 est un indicateur afin de savoir si mieux aider les patients est possible pour les professionnels de santé.

Les questions 7 et 8 sont en lien avec une proposition hypothétique d'adhésion future au Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T).

Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test auprès d'une dizaine de professionnels de santé médecins et pharmaciens non concernés par l'enquête. Il a duré entre 7 et 9 minutes et a été jugé facilement réalisable et compréhensible. Aucun changement n'a été apporté.

2.4. Recueil de données

Le recueil des données s'est déroulé du 2 mai 2019 au 15 juin 2019 en Nouvelle-Aquitaine. Une extension du 31 mai au 15 juin a été réalisée pour l'une des DSP absente au mois de mai. Une des missions des DSP sera le recrutement des L.A.S.T, dans le cadre du projet. Il a été jugé pertinent de leur confier ainsi la mission de proposer ces questionnaires.

Les DSP ont établi un relationnel de confiance, une proximité avec les médecins généralistes/pharmaciens visités sur le territoire depuis 2006.

Les 4 DSP ou la doctorante présentaient le questionnaire anonyme, en face à face, lors d'entretiens individuels.

Une fiche explicative du projet de thèse (**Annexe 2**) était à disposition de chaque professionnel de santé s'il le souhaitait et une check-list (**Annexe 3**) a été mise à disposition de chaque DSP afin d'uniformiser le recueil des informations.

À la fin de l'entretien, chaque participant avait la possibilité de s'inscrire à une mailing-liste pour bénéficier des résultats de l'étude.

2.5. Critères de jugement

2.5.1. Critère de jugement principal : freins et leviers des professionnels pour accompagner les fumeurs

Le critère de jugement principal est de mesurer les scores moyens aux freins et leviers proposés à l'accompagnement de leurs patients pour l'arrêt du tabac. Ceci permettra de classer ceux-ci selon un ordre décroissant d'importance, afin de fixer les priorités d'action.

Il sera étudié au travers des questions 3 à 5 du questionnaire par une analyse descriptive.

2.5.2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires consistent à comparer les scores moyens aux freins et leviers proposés selon certains facteurs susceptibles de les influencer (sexe, lieu d'exercice, années d'exercice, tabagisme) au sein de chaque profession.

2.6. Saisie des données

Dès leur recueil, les questionnaires ont été envoyés sous format électronique ou papier à l'adresse de la doctorante, sous format anonyme.

Les questionnaires ont été numérotés dans l'ordre de réception par la doctorante.

Les données ont ensuite été saisies manuellement sur le logiciel LibreOffice Classeur ®.

Ainsi un seul tableur a permis de réunir toutes les réponses obtenues.

Des tableurs spécifiques aux médecins généralistes et aux pharmaciens ont été créés dans un second temps.

2.7. Analyse des données

Dans un premier temps, nous avons réalisé un calcul de moyenne avec LibreOffice Classeur ® pour classer les freins et les leviers par ordre décroissant d'importance.

Dans un deuxième temps, nous avons comparé ces résultats en fonction des facteurs d'influence possibles et à notre disposition (sexe, lieu d'exercice, années d'exercice, statut tabagique).

Les analyses ont été réalisées selon les conseils du Professeur Salamon avec l'aide de Monsieur Kevin Ouazzani, interne de Santé Publique. Le logiciel R (v. 3.5.3) a été utilisé. Une analyse de la variance (ANOVA) a été réalisée avec 1 ou 2 degrés de liberté selon le cas (2 ou 3 modalités des variables). Le seuil de significativité a été fixé à 0,05. Un test significatif pour une question correspondait au cas où au moins l'une des moyennes d'un des groupes était différente d'une autre.

Dans un troisième temps, pour les questions 6 et 7 nous avons réalisé des tests exacts de Fisher bilatéraux sous un risque a priori fixé à 5%. L'utilisation du test de Fisher est justifiée en raison des petits effectifs dans certains groupes. Dans ce sens, les variables « non » et « peut-

être » ont été regroupées chez les pharmaciens. Les 3 variables ont été conservées chez les médecins généralistes.

2.8. Mesures éthiques et réglementaires

Notre travail porte sur l'évaluation des représentations des professionnels par l'étude de questionnaires. Il ne s'agit pas d'une recherche portant sur la personne humaine selon la loi Jardé. Il ne nous était donc pas nécessaire d'obtenir l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP). Un promoteur, une assurance n'ont pas été requis.

Le consentement verbal des participants a été obtenu. Les questionnaires de notre étude sont proposés de façon anonyme. Le nom des villages où exerçait un seul pharmacien ou médecin généraliste n'était pas renseigné afin de proscrire toute identification par recoupement d'informations. Notre recherche ne comporte donc pas la collecte de données personnelles au sens de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Les adresses mails des professionnels souhaitant recevoir les résultats de notre recherche ont été données par eux-mêmes. Avant d'être supprimées par la doctorante, elles seront uniquement utilisées pour l'envoi des résultats et ne constitueront pas une base de données.

2.9. Financement de l'étude

Les entretiens réalisés par les DSP ainsi que l'étude s'intègrent au financement attribué par l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour le projet « LAST/PAST/5A » 2018-2020 dans le cadre des Programmes Régionaux de Réduction du Tabagisme (P2RT) avec les fonds de lutte contre le tabac. Le projet a obtenu un financement de 550 000 euros.

3 – RÉSULTATS

3.1. Population de l'étude

Au total, 217 questionnaires ont été reçus.

Ont été exclus 3 préparatrices en pharmacie et 4 questionnaires dont la profession n'était pas renseignée.

Au total, 210 professionnels de santé ont été inclus dans l'étude. Aucun refus de participation n'a été rapporté. Cela est probablement dû au fait que les DSP fixaient au préalable un rendez-vous avec les professionnels dans le cadre de leurs missions. Nous pouvons supposer que ceux qui acceptent la visite acceptent plus facilement de répondre au questionnaire selon la théorie de l'engagement.

Toutefois, un médecin généraliste a répondu aux données générales et a ensuite répondu uniquement à la dernière question. Ce questionnaire a été conservé.

Le tableau I reprend la répartition des questionnaires selon les 4 DSP et la doctorante.

Tableau I : Tableau des effectifs recrutés selon les DSP avant et après exclusion (N=217)

	DSP 1	DSP 2	DSP 3	DSP 4	Doctorante	Total
Avant exclusion	58	56	55	23	25	217
Après exclusion	58	54	51	22	25	210

Le tableau II reprend l'ensemble des données générales des professionnels.

La parité homme/femme est présente chez les médecins généralistes avec 52,5% d'hommes et 47,5 % de femmes. En revanche, les femmes sont plus nombreuses chez les pharmaciens dans notre population avec presque 70 % de femmes contre 30 % d'hommes.

Concernant le nombre d'années d'exercice, 51,6 % des médecins généralistes exercent depuis plus de 20 ans et 31,1 % depuis moins de 10 ans.

43,2 % des pharmaciens exercent depuis plus de 20 ans et 23,8 % depuis moins de 10ans.

**Tableau II : Description de la population des médecins généralistes et pharmaciens
(N=210)**

Sexe		Méd. Gén. (N=122)	Pharmaciens (N=88)
		Femmes	57 (47,5%)
	Hommes	63 (52,5%)	26 (29,9%)
	Total	120	87
Années d'exercice	Moyenne (années)	19,8	20,3
	[0 ; 10]	38 (31,1%)	21 (23,8%)
] 10 ; 20]	21 (17,2%)	29 (33,0%)
] 20 ; 30]	38 (31,1%)	19 (21,6%)
	> 30 ans	25 (20,5%)	19 (21,6%)
	Total	122	88
Statut tabagique	Fumeurs	8 (7%)	8 (9%)
	Ex - fumeurs	37 (31%)	28 (32%)
	Non-fumeurs	74 (62%)	52 (59%)
	Total	119	88
Départements	Charente (16)	9	3
	Charente-Maritime (17)	37	9
	Corrèze (19)	18	16
	Dordogne (24)	4	14
	Gironde (33)	31	20
	Landes (40)	11	11
	Vienne (86)	5	1
	Haute Vienne (87)	7	14
	Total	122	88
Lieux exercice	Urbain	38 (31%)	35 (40%)
	Semi-rural	51 (42%)	21 (24%)
	Rural	33 (27%)	32 (36%)
	Total	122	88
Formation complémentaire tabac		4	8

A propos du tabac, les médecins généralistes de notre échantillon sont 7 % de fumeurs et 31 % sont d'ex-fumeurs. Les pharmaciens sont 9 % de fumeurs et 32 % sont d'ex-fumeurs. **Le comportement des deux professions ne montre pas de différence significative vis-à-vis du tabac.**

8 départements sur 12 ont été visités avec des disparités fortes du nombre de visites selon les départements. Dans les départements plus ruraux, les visites ont surtout concerné les pharmaciens (Dordogne et Haute Vienne et dans une certaine mesure les Landes ou la Corrèze) et dans les départements plus urbains surtout les médecins généralistes (Charente, Charente Maritime, Gironde et Vienne).

Chez les médecins généralistes visités, l'installation semi-rurale domine avec 42 % versus 31 % en urbain et 27 % en rural.

Chez les pharmaciens visités, l'installation en milieu urbain domine avec 40 % versus 36 % en rural et 24 % en semi-rural.

Concernant la mention d'une formation complémentaire en addictologie, 12 professionnels de santé ont répondu positivement. 4 médecins généralistes et 8 pharmaciens.

Les formations citées étaient :

- Diplômes (inter) Universitaire (DU) (DIU) : 2 pharmaciens et un médecin généraliste
- Capacité d'addictologie : un médecin généraliste
- Association de Formation des Médecins Libéraux (AFML) : un médecin généraliste
- RÉNAPSUD (Dispositif du Pôle addictologie du Centre Hospitalier Charles Perrens) : un pharmacien
- Formations du laboratoire Pierre Fabre pour un pharmacien
- Formation TABACO pour un pharmacien

Un médecin généraliste et 3 pharmaciens n'ont pas précisé leurs formations.

3.2. Résultats du questionnaire

3.2.1. Critère de jugement principal : freins et leviers des professionnels pour accompagner les fumeurs

Il s'agit ici de mesurer les freins et leviers des professionnels à l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac.

Question 1 : Accompagnez-vous des fumeurs de tabac (conseils, information, suivi) ?

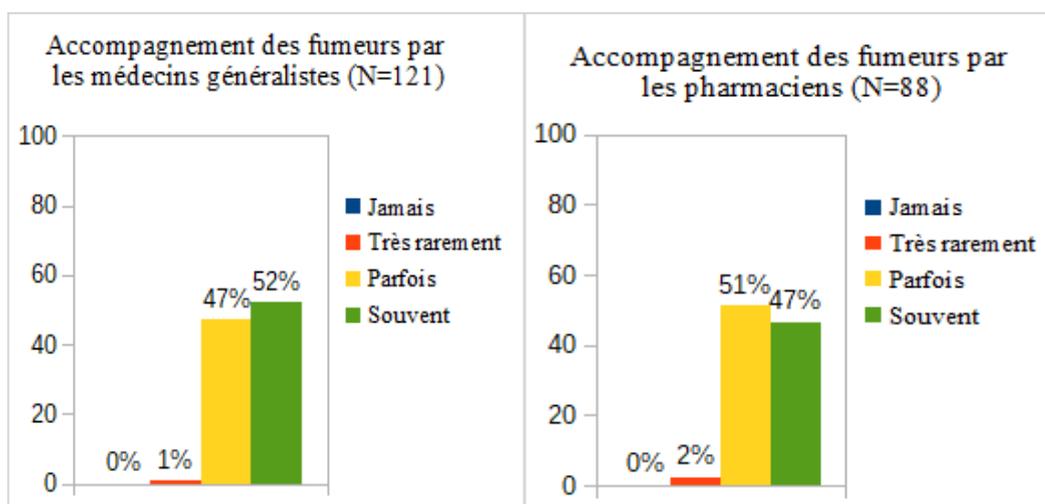


Figure 1 : Accompagnement des fumeurs par les médecins généralistes et les pharmaciens (%) (N=209)

Bien que les postures soient différentes selon les professions, les réponses à cette question sont très proches. La discussion sera l'occasion de discuter les pratiques sans doute différentes.

Question 2 : Les patients/clients vous demandent-ils de l'aide pour arrêter de fumer ?

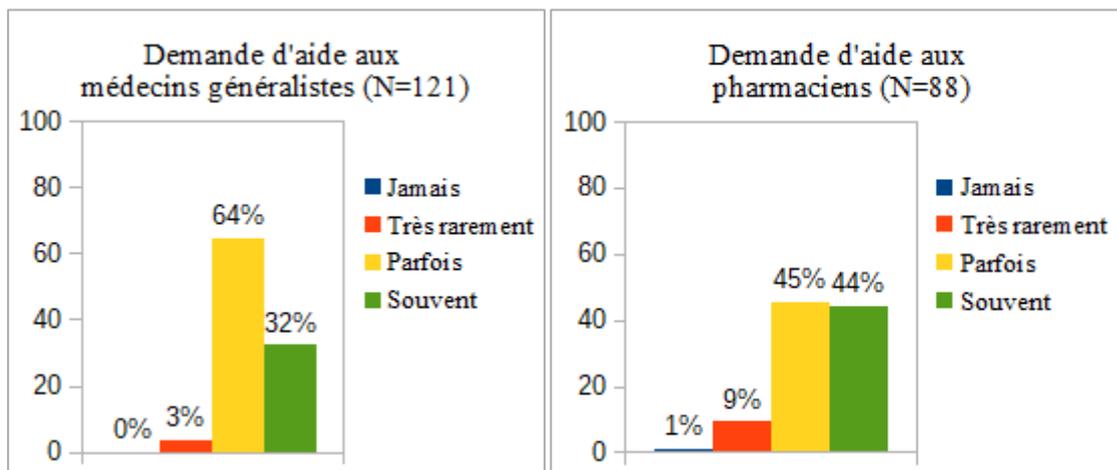


Figure 2 : Demande d'aide aux médecins généralistes/pharmaciens (%) (N=209)

D'après les représentations des professionnels, il semblerait que les pharmaciens reçoivent plus de demandes des fumeurs dans une démarche d'arrêt du tabac.

Question 3 : Entre 0 (pas du tout) et 10 (totalement) à quel niveau mettriez-vous les freins suivants au fait d'aider vos patients/clients à arrêter de fumer ?

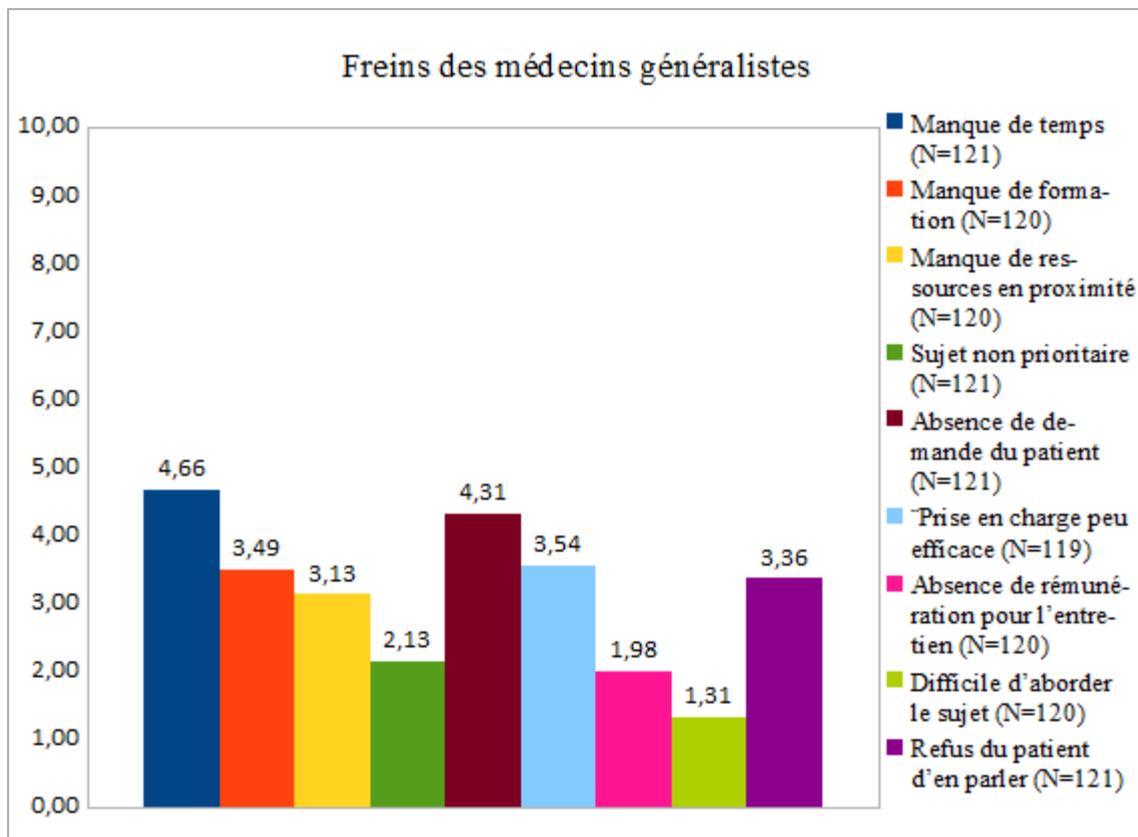


Figure 3a : Freins des médecins généralistes (score moyen à chaque réponse) (N=121)

Chez les médecins généralistes, l'ensemble des freins demeurent en dessous de la moyenne mais 5 freins décrits dominant toutefois :

- « Le manque de temps » (4,66/10)
- « L'absence de demande du patient » (4,31/10)
- « La prise en charge peu efficace » (3,54/10)
- « Le manque de formation » (3,49/10)
- « Le refus du patient d'en parler » (3,36/10)

Par ailleurs, 3 freins apparaissent moins puissants :

- « Sujet non prioritaire » (2,13/10)
- « L'absence de rémunération pour l'entretien » (1,98/10)
- « Difficile d'aborder le sujet » (1,31/10)

13 médecins généralistes ont évoqué d'autres freins au fait d'aider leurs patients à arrêter de fumer :

- Les co-addictions (N=5)
- Les patients présentant des troubles psychiatriques (N=1)
- Délai important pour une consultation spécialisée (N=2)
- Entourage non soutenant (N=2)
- L'hypnose n'est pas valorisée (N=1)
- Les conséquences psychologiques liées à l'arrêt (N=1)
- Le temps de la consultation (N=1)
- Le remboursement (N=1)

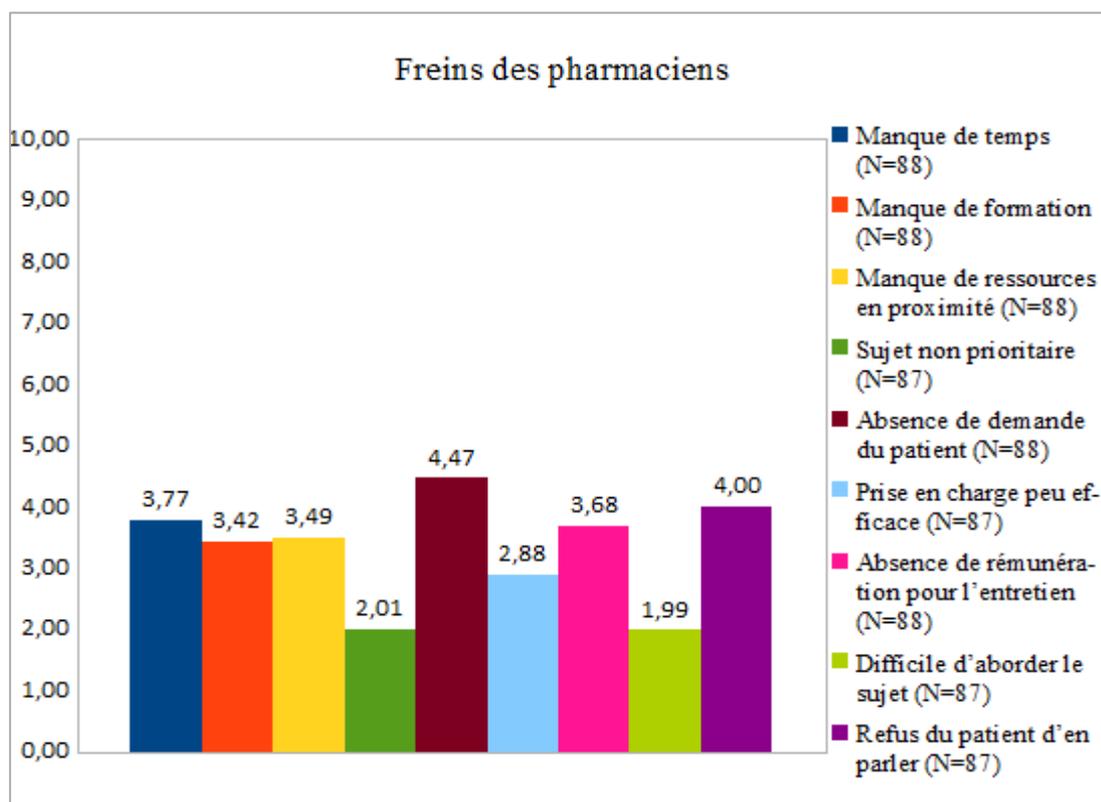


Figure 3b : Freins des pharmaciens (score moyen à chaque réponse) (N=88)

Chez les pharmaciens, l'ensemble des freins demeurent en dessous de la moyenne, mais 5 freins décrits dominent toutefois :

- « L'absence de demande du patient » (4,47/10)
- « Le refus du patient d'en parler » (4,00/10)
- « Le manque de temps » (3,77/10)
- « L'absence de rémunération de l'entretien » (3,68/10)
- « Le manque de formation » (3,42/10)

Par ailleurs, 3 freins apparaissent moins puissants :

- « Prise en charge peu efficace » (2,88/10)
- « Sujet non prioritaire » (2,01/10)
- « Difficile d'aborder le sujet » (1,99/10)

7 pharmaciens ont évoqué d'autres freins au fait d'aider leurs clients à arrêter de fumer :

- Les non-fumeurs présentent des difficultés de conseils et d'empathie (N=2)
- Le manque d'accompagnement sur le long terme (N=2)
- Les mesures associées non remboursées (N=2)

- L'absence de possibilité de prescription des traitements nicotiques de substitution par les pharmaciens alors que c'est possible pour d'autres professionnels de santé (N=1)

Le manque de temps et l'absence de demande de la part du patient sont deux des freins principaux retrouvés chez les médecins généralistes et pharmaciens.

Médecins généralistes et pharmaciens semblent également s'accorder sur le fait que le tabac est un sujet prioritaire et que cela n'est pas difficile à aborder.

Les pharmaciens semblent avoir une meilleure représentation de l'efficacité de la prise en charge concernant l'arrêt du tabac que les médecins généralistes.

Question 4 : Entre 0 (pas du tout) et 10 (totalement), à quel niveau mettriez-vous, pour vos patients/clients les freins suivants à vous demander de l'aide ?

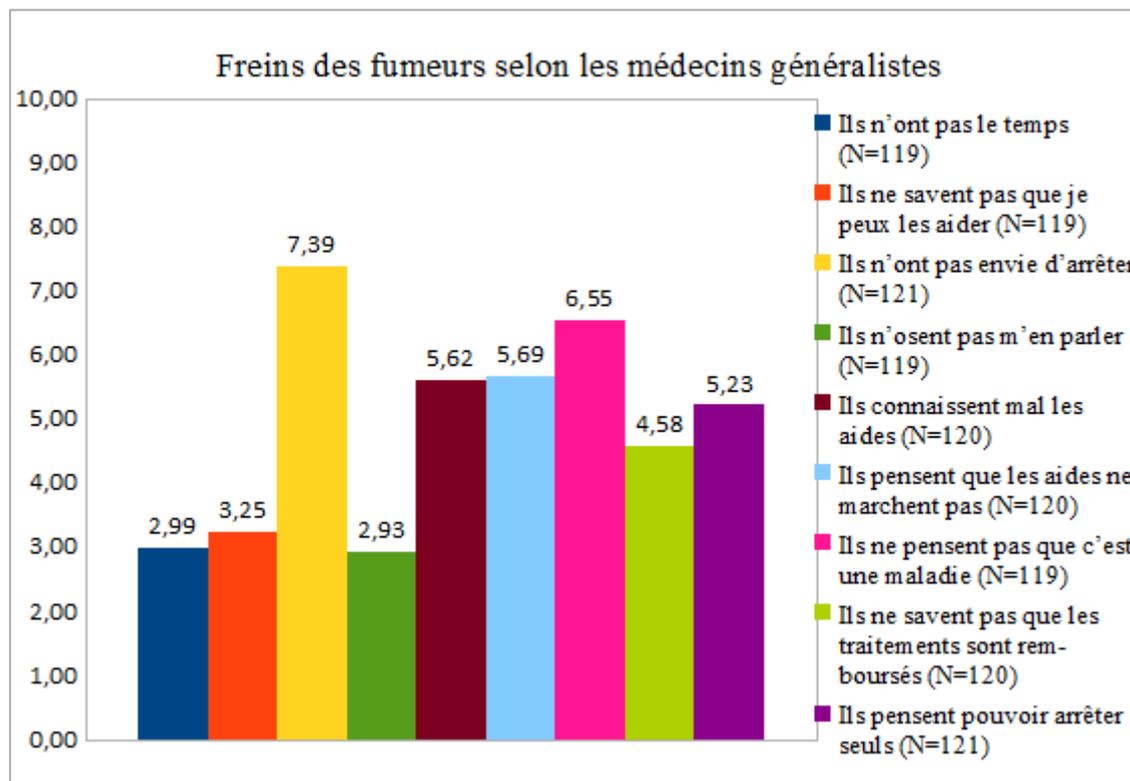


Figure 4a : Freins des fumeurs selon les médecins généralistes (score moyen à chaque réponse) (N=121)

Selon les médecins généralistes, les freins venant des patients ont un score moyen beaucoup plus élevé que les leurs, 5 sur 9 dépassants le score moyen de « 5 ». Les 5 freins principaux à la demande d'aide des patients sont, selon eux :

- « Ils n'ont pas envie d'arrêter » (7,39/10)
- « Ils ne pensent pas que c'est une maladie » (6,55/10)
- « Ils pensent que les aides ne marchent pas » (5,69/10)
- « Ils connaissent mal les aides » (5,62/10)
- « Ils pensent pouvoir arrêter seuls » (5,23/10)

Selon les médecins généralistes, 3 freins sont moins puissants :

- « Ils ne savent pas que je peux les aider » (3,25/10)
- « Le manque de temps » (2,99/10)
- « Ils n'osent pas m'en parler » (2,93/10)

7 médecins généralistes ont évoqué d'autres freins au fait que leurs patients ne leurs demandent pas d'aide :

- « Entourage fumeurs » (N=2)
- « Contexte socio-professionnel et familial défavorable » ; « ce n'est pas le bon moment » (N=2)
- « Aide psychothérapeutique non remboursée » (N=1)
- « Manque de motivation » (N=1)
- « Pays d'assistés qui ont toujours besoin de plus pour qu'on les aide » (N=1)

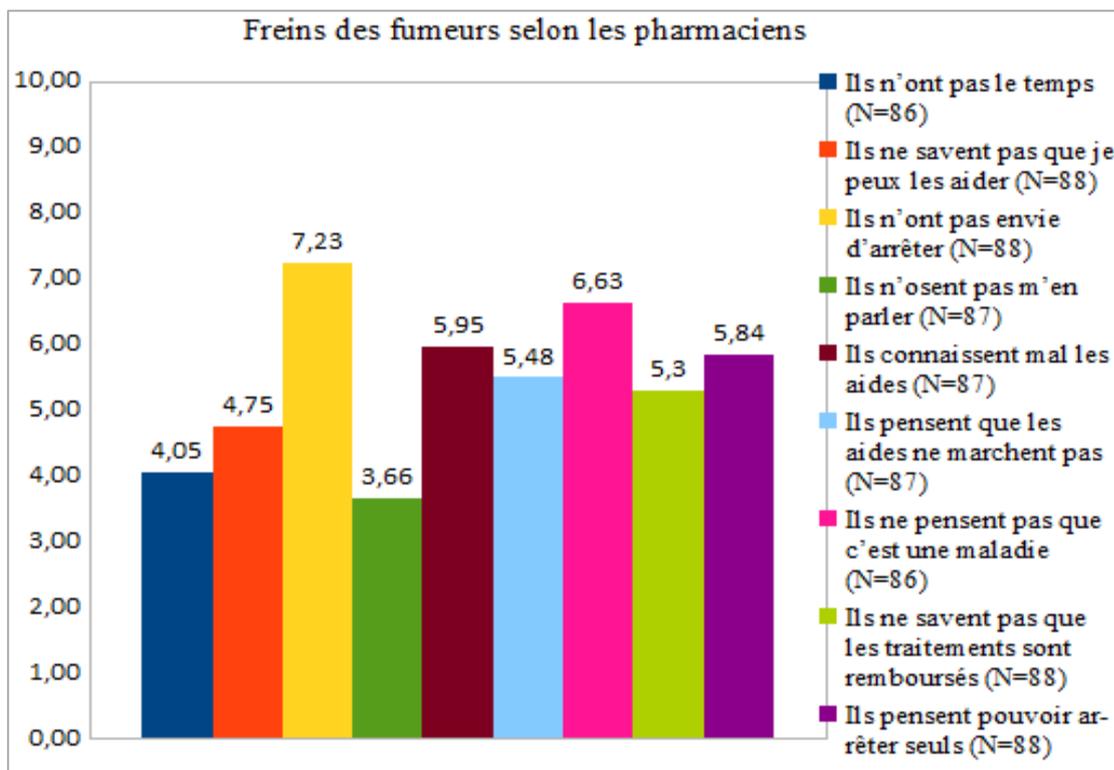


Figure 4b : Freins des fumeurs selon les pharmaciens (score moyen à chaque réponse)
(N=88)

Selon les pharmaciens, les freins venant des patients ont un score moyen beaucoup plus élevé que les leurs, 6 sur 9 dépassants le score moyen de « 5 ». Les 5 freins principaux à la demande d'aide des clients sont, selon eux :

- « Ils n'ont pas envie d'arrêter » (7,23/10)
- « Ils ne pensent pas que c'est une maladie » (6,63/10)
- « Ils connaissent mal les aides » (5,95/10)
- « Ils pensent pouvoir arrêter seuls » (5,84/10)
- « Ils pensent que les aides ne marchent pas » (5,48/10)

Selon les pharmaciens, 3 freins sont moins puissants :

- « Ils ne savent pas que je peux les aider » (4,75/10)
- « Le manque de temps » (4,05/10)
- « Ils n'osent pas m'en parler » (3,66/10).

2 pharmaciens ont évoqué d'autres freins au fait que leurs clients ne leurs demandent pas d'aide :

- Entourage fumeurs (conjoint) (N=1)
- Contexte socio-professionnel et familial défavorable (N=1)

Les représentations des médecins généralistes et des pharmaciens concernant les freins à l'arrêt du tabac chez les fumeurs sont sensiblement les mêmes. Selon eux, les freins principaux sont que les fumeurs n'ont pas envie d'arrêter, qu'ils ne mesurent pas l'aspect « maladie » de leur addiction et qu'ils n'auraient pas une bonne connaissance des aides disponibles.

Question 5 : Entre 0 (pas du tout) et 10 (totalemment) à quel niveau mettriez-vous les facteurs facilitant votre implication auprès de vos patients/clients ?

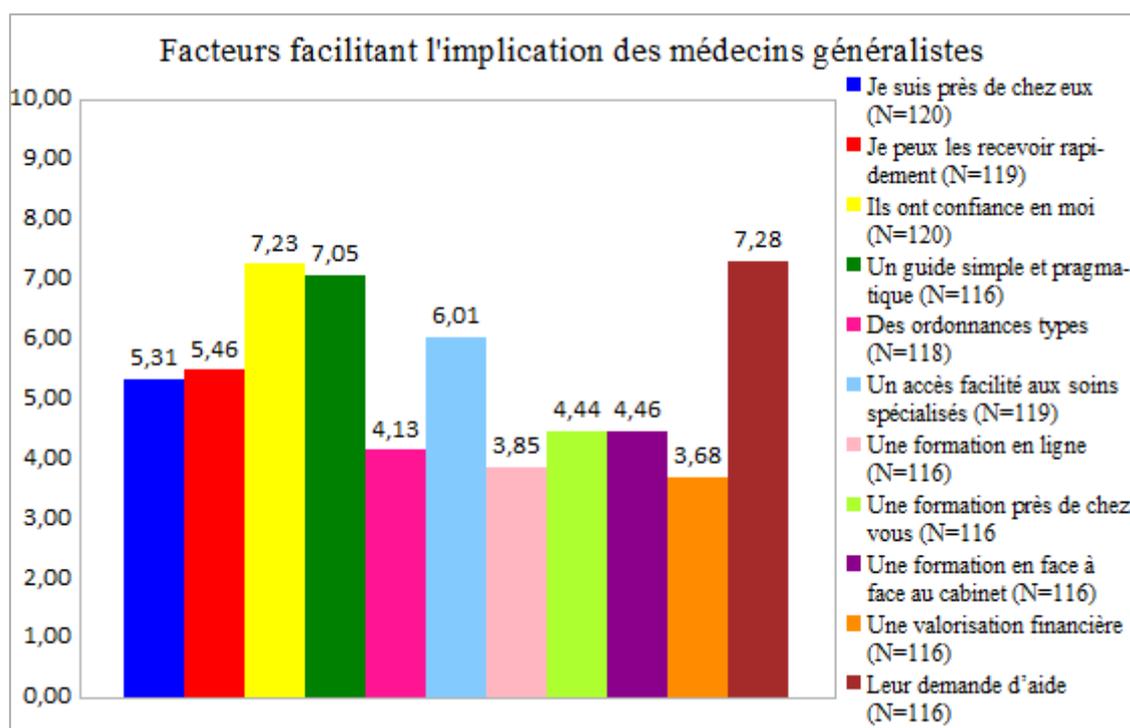


Figure 5a : Facteurs favorisant l'implication des médecins généralistes (score moyen à chaque réponse) (N=121)

Chez les médecins généralistes, 6 leviers sur 11 ont un score moyen dépassant « 5 ». Les 3 facteurs facilitant le plus leur implication auprès de leurs patients sont :

- « Leur demande d'aide » (7,28/10)
- « Ils ont confiance en moi » (7,23/10)
- « Un guide simple et pragmatique » (7,05/10)

Les 3 facteurs facilitants les moins scorés par les médecins généralistes sont :

- « Des ordonnances types » (4,13/10)

- « Une valorisation financière » (3,68/10)
- « Une formation » (en ligne – 3,85/10, près de chez vous – 4,44/10, au cabinet – 4,46/10).

Sept médecins généralistes ont évoqué d'autres facteurs pouvant faciliter leur implication auprès de leurs patients :

- Présence d'un entourage soutenant (N=2)
- Le statut de médecin généraliste (N=2)
- Une formation en ligne pour le patient (N=1)
- La présence d'infirmier(e)s Asalée (N=1)
- Avoir une information médiatisée de qualité – engendrant des envies d'arrêt (N=1)

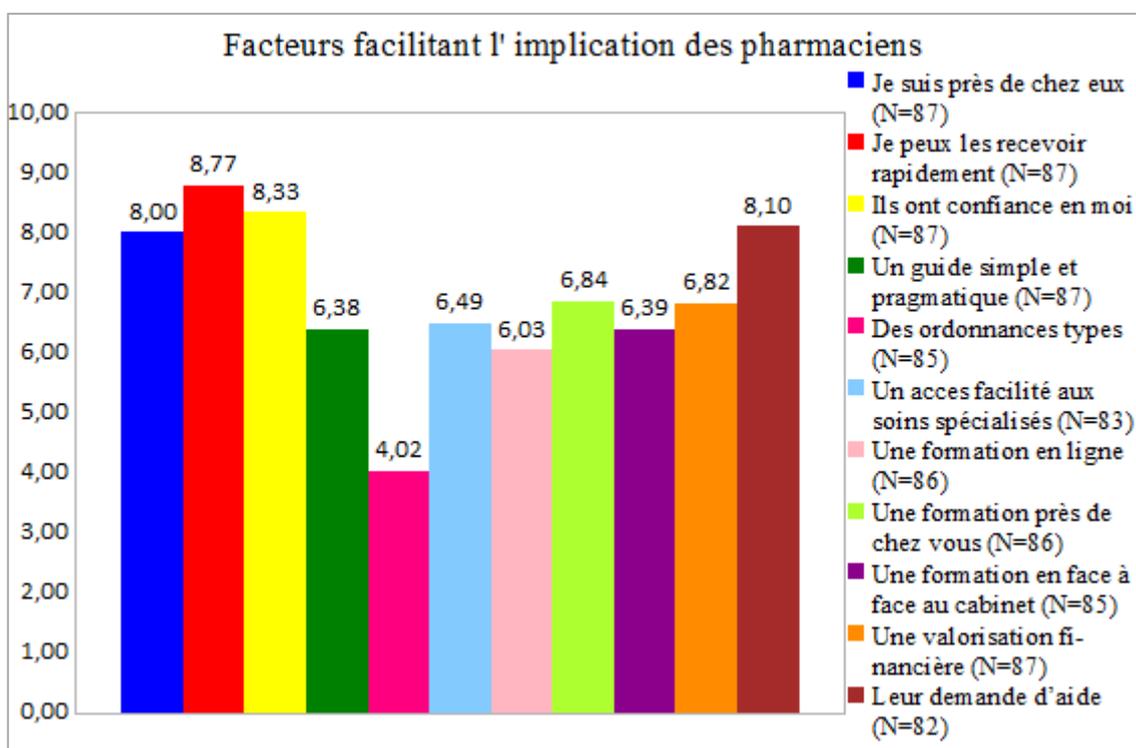


Figure 5b : Facteurs favorisant l'implication des pharmaciens (score moyen à chaque réponse) (N=88)

Chez les pharmaciens, 10 leviers sur 11 ont un score moyen dépassant « 5 ». Les notes attribuées sont particulièrement importantes et bien supérieures à celles des médecins généralistes.

Les 4 facteurs facilitant le plus leur implication auprès de leurs clients sont :

- « Je peux les recevoir rapidement » (8,77/10)
- « Ils ont confiance en moi » (8,33/10)

- « Leur demande d'aide » (8,10/10)
- « Je suis près de chez eux » (8,00/10)

On remarque que pour cette question, il ne se détache pas vraiment d'item non facilitant hormis « les ordonnances types » avec une moyenne de 4,02/10. Cependant, cet item n'était pas vraiment approprié pour les pharmaciens.

De façon plus globale, l'aspect formation qu'elle soit en ligne, en pharmacie, près des pharmacies ou encore sous forme de guide pratique semble intéresser les pharmaciens avec une moyenne supérieure à 6,00/10.

3 pharmaciens ont évoqué d'autres facteurs facilitant leur implication :

- L'homéopathie (N=1)
- La motivation en équipe au sein de la pharmacie (N=1)
- Le droit de prescription par les pharmaciens (N=1)

Ici encore, médecins généralistes et pharmaciens présentent des similitudes dans les principaux facteurs motivant leur implication. À savoir la sollicitation par les fumeurs et le fait qu'une relation de confiance soit établie avec eux.

En revanche, l'aspect de proximité temporelle et territoriale est mis en avant principalement chez les pharmaciens. Les formations semblent plus les intéresser également.

Les médecins généralistes semblent plus adhérer à un guide pratique qu'à des formations.

Question 6 : Mieux aider vos patients fumeurs de tabac vous paraît-il possible ?

Tableau III : Possibilité de mieux aider les fumeurs selon les professions (N=208)

	Oui	Non	Peut-être	Total
Médecins Généralistes (N=120)	96 (80,0%)	3 (2,5%)	21 (17,5%)	120
Pharmaciens (N=88)	81 (92,0%)	0 (0%)	7 (8,0%)	88
Total	177	3	28	208

Les pharmaciens semblent plus positifs que les médecins généralistes sur la possibilité de mieux aider les fumeurs.

Question 7 : Accepteriez-vous d'être identifié comme L.A.S.T pour vos patients/clients ?

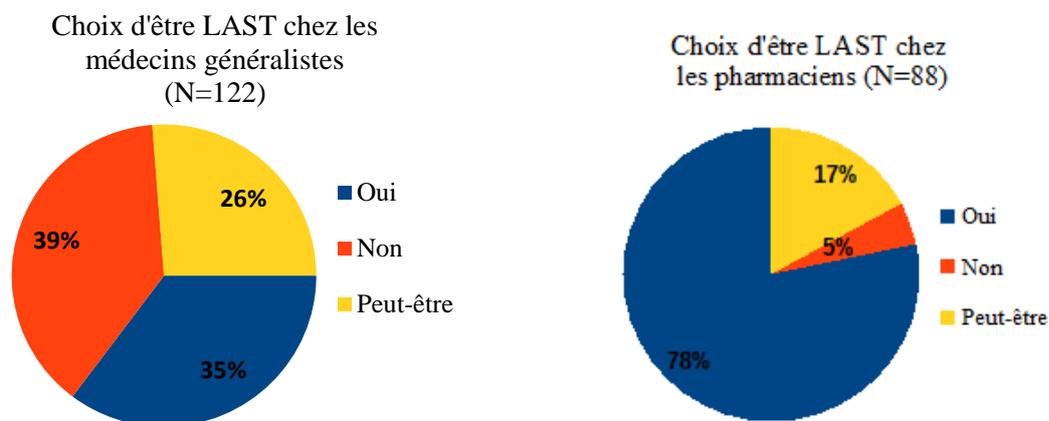


Figure 6 : Choix d'être L.A.S.T chez les médecins généralistes et pharmaciens (%) (N=210)

Enfin, si cette adhésion se confirmait, les perspectives de développer des L.A.S.T sur tous les territoires, avec l'appui des pharmaciens et des médecins généralistes, semblent réalistes.

Question 8 : Motifs des refus d'être identifiés L.A.S.T chez les médecins généralistes

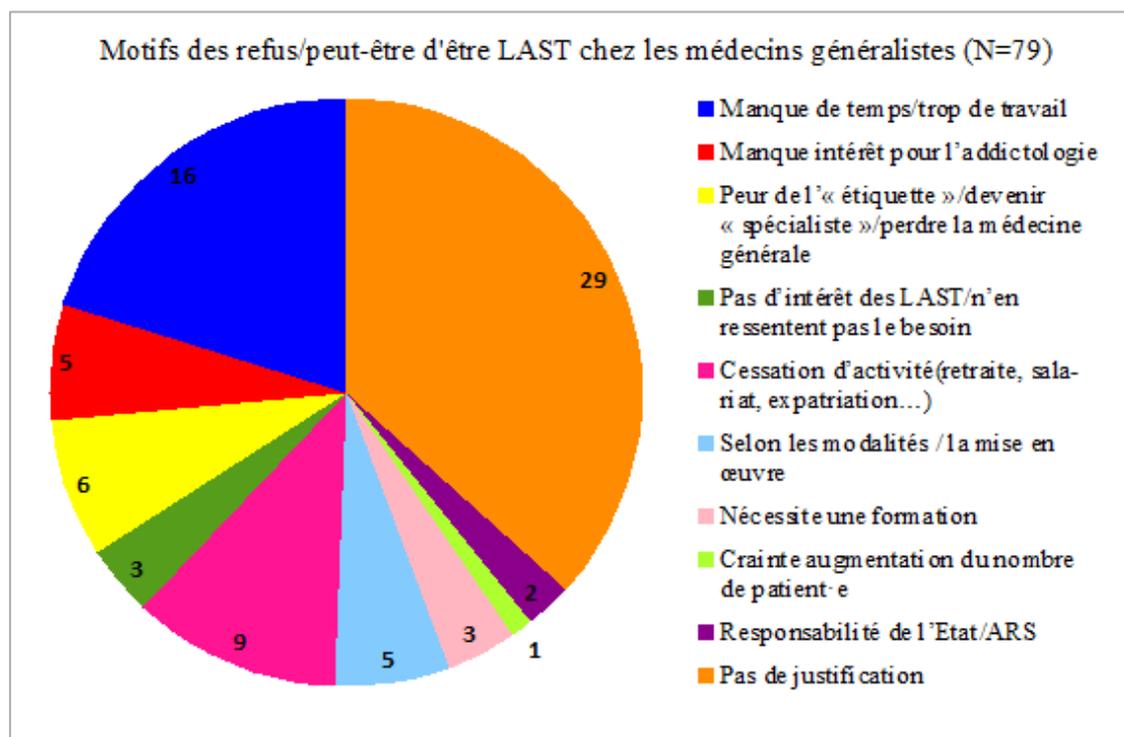


Figure 7 : Motifs des refus d'être L.A.S.T chez les médecins généralistes (N=79)

Au sein des médecins généralistes qui ont justifié leur réponse, les 2 principaux motifs de « refus/peut-être » à être identifiés L.A.S.T sont d'abord « le manque de temps » puis la crainte d'avoir une « étiquette » type « tabacologue » et ainsi perdre l'aspect « généraliste » de leur pratique.

9 des refus sont en lien avec une cessation d'activité de médecine générale libérale (départ à la retraite ou changement de structure).

5 médecins généralistes évoquent leur « manque d'intérêt pour l'addictologie ».

5 médecins généralistes adoptent une attitude expectative et préfèrent attendre d'en savoir plus sur les modalités de mise en œuvre (aspect administratif, temps nécessaire à consacrer etc), avant de se prononcer.

La contrainte « manque de temps » et la crainte d'augmenter la charge de travail tout en perdant l'aspect polyvalent de la médecine générale semblent être les 3 points clés à prendre en compte pour permettre une adhésion au projet « LAST/PAST/5A » des médecins généralistes.

3.2.2. Critères de jugement secondaires

Il s'agit ici de rechercher si certains facteurs dont nous disposons des données sont susceptibles d'influencer de façon significative les réponses aux questions 3, 4 et 5 du questionnaire. Les représentations sur les leviers et les freins, au sein de chaque profession, sont-elles influencées par le sexe, le lieu d'exercice, le statut tabagique, l'ancienneté d'exercice. Les tableaux de données avec statistiques sont présentés dans les annexes 4 à 11. Seules les différences significatives ($p < 0.05$) et les tendances ($p < 0.10$) sont présentées. Les statistiques réalisées permettent seulement d'affirmer que les différences observées entre les différentes données (ex : scores en rural, semi-rural et urbain) sont significatives sans pouvoir spécifier laquelle est responsable de cette significativité. Toutefois, les écarts entre les moyennes présentées dans les annexes 4 à 11 permettent de tirer des enseignements sur le sens des différences. Il a donc été choisi d'user d'un abus de langage pour simplifier la lecture.

3.2.2.1. Pour les médecins généralistes

Selon le sexe

- À la question 3, concernant les freins à aider les patients, le « **manque de formation** » apparaît significativement plus côté par les femmes ($p=0.02$). Une tendance ($p=0.08$) semble montrer qu'elles ont également plus de « **difficulté à aborder le sujet** ». (Annexe 4.1)
- À la question 4, une tendance ($p=0.08$) semble montrer que les femmes pensent d'avantage que leurs patients ne s'impliquent pas car « ils pensent que les aides ne marchent pas ». (Annexe 4.2)
- À la question 5, portant sur les facteurs facilitant la prise en charge de l'arrêt du tabac pour les professionnels, les femmes scorent plus « **les ordonnances types** » ($p=0.02$) et « **un accès facilité aux soins spécialisés** » ($p=0.03$). Ces besoins semblent donc plus féminins. (Annexe 4.3)

Selon le lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural)

- À la question 3, concernant les freins à aider les patients, les citoyens ont plus scoré « **sujet non prioritaire** » ($p < 0.01$) et « **difficile d'aborder le sujet** » ($p = 0.01$), les scores demeurant toutefois faibles. On observe également une tendance ($p = 0.09$) pour « **une prise en charge peu efficace** » plus scorée par les citoyens. (Annexe 5.1)
- À la question 4, sur les freins des patients à demander de l'aide, « **ils pensent que les aides ne marchent pas** » ($p < 0.01$) et « **ils pensent pouvoir arrêter seuls** » ($p = 0.01$) sont d'autant plus scorés que le médecin exerce en milieu rural. (Annexe 5.2)
- À la question 5, aucune différence significative n'a été mise en évidence au sein de notre échantillon. (Annexe 5.3)

Selon le statut tabagique

- Aux question 3 et 4 aucune différence significative n'a été mise en évidence. (Annexes 6.1 ; 6.2)
- À la question 5, portant sur les facteurs facilitant la prise en charge de l'arrêt du tabac pour les professionnels, les fumeurs proposent des scores moindres pour les leviers « **un accès facilité aux soins spécialisés** » ($p = 0.02$) et « **leur demande d'aide** » ($p = 0.04$). Pour les ex-fumeurs on retrouve une tendance ($p = 0.06$) avec un score moindre pour « **une formation près de chez vous** ». (Annexe 6.3)

Selon l'ancienneté d'exercice

- À la question 3, concernant les freins à aider les patients, les plus récemment installés (moins de 10 ans) ont nettement moins cotés « **l'absence de rémunération pour l'entretien** » ($p = 0.04$). Toutefois le score moyen demeure faible pour tous les professionnels quelle que soit leur ancienneté d'installation. (Annexe 7.1)
- Aux question 4 et 5 aucune différence significative n'a été mise en évidence. (Annexes 7.2 ; 7.3)

3.2.2.2. Pour les pharmaciens

Selon le sexe

Aucune différence significative n'a été mis en évidence au sein de notre échantillon. (Annexes 8.1 ; 8.2 ; 8.3)

Selon le lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural)

- À la **question 3**, concernant les freins à aider les patients, « **le manque de ressource en proximité** » est plus coté de façon significative ($p = 0.005$) par les pharmaciens en milieu rural. (Annexe 9.1)
- À la question 4, aucune différence significative n'a été relevée. (Annexe 9.2)
- À la **question 5**, portant sur les facteurs facilitant la prise en charge de l'arrêt du tabac pour les professionnels, la proximité géographique « **je suis près de chez eux** » ($p=0.004$) et temporelle « **je peux les recevoir rapidement** » ($p=0.007$) ainsi que « **des ordonnances types** » ($p=0.01$) sont plus cotés par les pharmaciens ruraux. Une tendance ($p=0.08$) s'observe également en rural avec une cotation plus élevée pour « **un accès facilité aux soins spécialisés** ». (Annexe 9.3)

Selon le statut tabagique

- À la **question 3**, concernant les freins à aider les patients, les pharmaciens fumeurs notent beaucoup plus l'item « **prise en charge peu efficace** » ($p=0.009$). Une tendance s'observe pour une sur-cotation du « **manque de ressources** » pour cette même population ($p=0.09$). (Annexe 10.1)
- A la **question 4**, sur les freins des patients à demander de l'aide, les non-fumeurs cotent plus « **ils ne savent pas que je peux les aider** » sans atteindre le seuil de significativité ($p=0.09$). (Annexe 10.2)
- À la **question 5**, portant sur les facteurs facilitant la prise en charge de l'arrêt du tabac pour les professionnels, la « **formation en face à face** » est plus cotée par les ex-fumeurs ($p=0.002$), et on retrouve une tendance ($p=0.06$) pour « **un accès facilité aux soins spécialisés** » plus coté par les fumeurs. (Annexe 10.3)

Selon l'ancienneté d'exercice

- À la **question 3**, concernant les freins à aider les patients, « **l'absence de demande des patients** » est plus cotée par les pharmaciens installés depuis plus de 20 ans ($p=0.01$). Une tendance est observée pour « **l'absence de rémunération** » ($p=0.08$) plus coté par les 11-20 ans d'ancienneté. Une autre tendance est observée pour « **difficulté à aborder le sujet** » ($p=0.10$), plus coté par les plus jeunes installés (<10 ans). (Annexe 11.1)

- À la question 4, sur les freins des patients à demander de l'aide, « **ils ne savent pas que les traitements sont remboursés** » est d'autant plus coté que les pharmaciens sont récemment installés ($p=0.0009$). (Annexe 11.2)
- À la question 5, portant sur les facteurs facilitant la prise en charge de l'arrêt du tabac pour les professionnels, « **ils ont confiance en moi** » ($p=0.02$) et « **une formation près de chez vous** » ($p=0.04$), sont moins cotés par les plus anciens. (Annexe 11.3).

3.2.2.3. Questions 6 et 7

La question 6 s'intitule « mieux aider vos patients fumeurs de tabac est-il possible ? » et la question 7 « accepteriez-vous d'être identifié comme L.A.S.T pour vos patients ».

Aucune différence significative selon les tests de Fisher n'a été observée pour les questions 6 et 7 chez les médecins généralistes et chez les pharmaciens en fonction de leur lieu d'exercice, de leur statut tabagique, de leur sexe, de leur ancienneté d'exercice.

4 - DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les freins et les leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'influence de facteurs nous paraissant pertinents (sexe, lieu d'exercice, années d'exercice, statut tabagique) sur les freins et les leviers ainsi identifiés.

4.1. Les limites de l'étude

Malgré le soin que nous avons porté à la conduite de cette étude, certaines limites méritent d'être mentionnées. Elles concernent principalement le contenu du questionnaire et son recueil.

Concernant le contenu du questionnaire, au sein des données générales, il est important de signaler que les termes de « rural », « semi-rural » et « urbain » n'étaient pas définis au préalable. Les professionnels ont donc répondu selon les représentations de leur activité et de leur territoire d'exercice.

En 2010, l'INSEE crée les unités urbaines et le zonage en aire urbaine.

La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. Une unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de plus de 2 000 habitants et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu (19). Nous constatons que la définition « d'urbain », « semi-rural » et « rural » est complexe. Il est clair que nos données ne correspondent pas à cette classification, mais plus à la façon subjective, mais sans doute plus pragmatique, dont les professionnels jugent leur territoire d'exercice.

Concernant les questions à échelles numériques verbales, elles étaient parfois perçues comme trop complexes par certains professionnels ce qui a pu biaiser leurs réponses. Nous pensons

que ceux-ci avaient l'habitude de l'usage de ces échelles dans leur pratique, a priori, à tort. De plus, la phase de pré-test n'avait pas identifié cette difficulté.

Concernant les freins des fumeurs à solliciter les professionnels de santé (question 4), la peur du sevrage, le doute sur la capacité et la volonté à contrôler les envies de fumer (craving), la crainte de la rechute, la prise de poids n'étaient pas proposés dans notre étude mais sont évoqués par les fumeurs (15). Cette limite est la conséquence du choix de cibler les freins des fumeurs à consulter un professionnel de santé, ici médecin généraliste ou pharmacien d'après les représentations de ces professionnels. Il ne s'agissait pas d'étudier les freins à arrêter le tabac chez les fumeurs dans leur ensemble. L'intérêt étant de mieux comprendre les représentations au sein de la relation « professionnels de santé/fumeurs ».

Concernant les facteurs facilitant l'implication des professionnels, il a été utilisé l'item « des ordonnances types ». Celui-ci a parfois été difficilement compris chez les pharmaciens en raison de leur impossibilité de prescrire. De notre point de vue, une ordonnance type y compris pour le conseil pouvait les aider. Les ordonnances types proposées dans les soirées de formation des professionnels de santé, organisées par l'Assurance Maladie en collaboration avec AGIR 33, sont très appréciées des pharmaciens, mais dans ce contexte de formation. Cette proposition n'étant pas accompagnée lors de l'enquête en rendait sans doute l'intérêt pratique moins compréhensible.

Concernant le recueil de données, le questionnaire devait durer 10 minutes. Cependant, selon les professionnels interrogés cela pouvait être plus long. Cela peut éventuellement expliquer que les réponses à la question 5 présentent le moins d'effectifs pour les derniers items.

Les professionnels de santé interrogés ont été recrutés dans le cadre des missions habituelles des DSP, en situation naturelle. Il s'agit à la fois d'une limite et d'une force de l'étude. La limite s'apparente aux artefacts du questionnement décrit par Maud Herbert en 2007 comme « l'erreur de mesure résultant de l'adoption d'un comportement de réponse spécifique par le répondant en situation de questionnement s'il croit avoir discerné, même partiellement, l'objectif de ce questionnement » (20).

Enfin, comme dans toute enquête déclarative portant sur des sujets sensibles, les réponses peuvent faire l'objet d'un biais de désirabilité sociale. Il résulte de la volonté du répondant de se montrer sous un jour favorable (21). En l'occurrence ce biais pourrait être d'autant plus important qu'il concerne le recueil du comportement de santé de professionnels de santé. Ce

biais de désirabilité sociale peut expliquer que dans notre échantillon seulement 7 % des médecins généralistes sont fumeurs. Il s'agit d'une donnée inférieure aux 16 % décrit dans le rapport de Santé Publique France d'octobre 2017 sur une étude chez les médecins généralistes en 2015 (22). Le constat est le même chez les pharmaciens.

Cependant, nous avons du mal à souscrire complètement à cette hypothèse. En effet, les déclarations concernant le statut de fumeur sont généralement proches de la réalité. Dans la plupart des études ayant contrôlé les déclarations par une mesure du monoxyde de carbone, les réponses auto-déclarées sont valables (23-24). De plus, le nombre de fumeurs a diminué depuis 2015 (1), mais nous ne disposons pas encore d'études spécifiques aux professionnels de santé.

Le biais de désirabilité sociale a pu également concerner d'autres questions, notamment celles concernant les pratiques des professionnels.

Les résultats seront ainsi à interpréter avec prudence.

4.2. Les forces de l'étude

Une des forces de cette étude est de s'intégrer dans un devis de recherche comportant plusieurs enquêtes. Le projet est d'autant plus important qu'il est susceptible d'impacter la pratique en addictologie en Nouvelle-Aquitaine.

210 professionnels ont été recrutés sur une période courte d'environ 1 mois, avec un hétéro-questionnaire recueilli individuellement en face à face, ce qui a permis d'expliquer les questions selon les besoins (avec la limite d'une influence possible des réponses).

L'inclusion était réalisée par les DSP. Ils sont connus des professionnels de santé avec qui une relation de confiance est établie. Cela corrélé à l'anonymat des données qui encourage les participants à répondre de façon sincère, nous pouvons espérer que les réponses ont été au plus proche de leurs représentations et non pas « socialement acceptables ». Ce biais est malheureusement difficilement contrôlable. Nous verrons que la validation interne des résultats est forte avec une grande cohérence des réponses.

Par ailleurs, la population de l'étude recrutée par les DSP semble se rapprocher étroitement de la population mobilisable sur le projet L.A.S.T (12-13-16). En effet, seuls les professionnels ayant accepté la visite ont été interrogés. Parmi ceux-ci, qui représentent en moyenne 75% des

professionnels des territoires visités, il n'y a eu qu'un seul refus soit 1 sur 210. Les critères d'exclusion de la visite, cités dans la partie méthode, se justifient également par une non-pertinence de l'implication de ces praticiens dans le projet en cours. Notre étude permet ainsi une enquête préalable sur la cible du projet L.A.S.T.

Le projet L.A.S.T vise à réduire les inégalités territoriales. Les secteurs souffrant le plus de ces inégalités sont très souvent en zone semi-rurale ou rurale plus qu'en zone urbaine. En 2016, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) étudie la répartition géographique des professionnels de santé de premier recours via l'analyse de l'accessibilité par type de commune selon le nombre d'équivalent temps plein (ETP) pour 100 000 habitants pour les médecins généralistes et selon le nombre de pharmacies pour 100 000 habitants pour les pharmaciens (19).

Il en ressort que les pharmacies se concentrent dans les communes des pôles, où l'accessibilité dépasse 38 pour 100 000. Elles sont nettement moins accessibles dans les communes des couronnes des moyens et petits pôles et dans les communes rurales des couronnes de grands pôles (respectivement 25 et 22 pour 100 000 habitants) (19). Or dans notre échantillon le secteur rural est presque autant représenté que l'urbain chez les pharmaciens.

Le constat est similaire chez les médecins généralistes. Avec 81 ETP/100 000 habitants pour les communes des pôles des grands pôles et 49 ETP pour les communes rurales (19) alors que notre échantillon obtient une majorité de médecins généralistes exerçant en semi-rural.

Le rural, le semi-rural et l'urbain sont donc représentés au sein de notre étude. Les L.A.S.T cherchant à lutter contre les inégalités territoriales autant que sociales, il est pertinent que les territoires explorés correspondent à ce profil.

Dans notre étude, il semble que la population visitée puisse être considérée comme représentative au niveau du sexe. Ceci est d'autant plus important que le sexe a démontré son influence sur les pratiques cliniques préventives. En effet, les femmes pharmaciennes représentent 70,1 % ce qui est en accord avec les données nationales de 2018 où plus de 67 % des pharmaciens étaient des femmes (25). Concernant les médecins généralistes, nous avons inclus 47,5 % de femmes et 52,5 % d'hommes. Au niveau national, la proportion des femmes est de 48 % ce qui correspond aux résultats de notre étude (26).

Enfin, l'âge moyen des médecins généralistes en France en 2018 est de 50,6 ans (26) avec plus de trois médecins généralistes sur 10 âgés de plus de 60 ans en Nouvelle-Aquitaine (27).

Dans notre étude, 20,5 % des médecins généralistes exercent depuis plus de 30 ans et 31,1 % depuis plus de 20 ans. La moyenne d'années d'exercice est donc de 19,8 années. Cela semble cohérent avec les données nationales.

L'âge moyen des pharmaciens en 2018 est de 46,7 ans (25). 21,6 % des pharmaciens exercent depuis plus de 20 ans, et 21,6 % depuis plus de 30 ans. La moyenne d'années d'exercice est ainsi de 20,31 années ce qui peut faire penser que nos pharmaciens sont potentiellement plus âgés.

4.3. Interprétation des résultats

4.3.1. Objectif principal : freins et leviers des professionnels pour accompagner les fumeurs

Question 1 : Accompagnement des fumeurs

On ne note pas de différence entre médecins généralistes et pharmaciens, sur le sentiment de fréquence d'accompagnement des fumeurs.

Ceci pourrait paraître inattendu car les professions sont très différentes dans leurs missions et pratiques, bien que complémentaires.

Le pharmacien s'adresse à des clients et vend les traitements contre le craving. Il a une activité de conseil et éventuellement de suivi, réapprovisionnement, pour le moins, en médicaments. Le médecin généraliste a un rôle plus centré sur la prescription et l'accompagnement dans la durée.

Toutefois, ils sont au contact de la même population, sur les mêmes territoires. À la réflexion il est logique que le sentiment de fréquence soit proche, même si les pratiques de cet accompagnement sont différentes.

Constat : on retiendra que médecins généralistes et pharmaciens partagent le parcours de santé de leurs patients/clients présentant une addiction au tabac.

Piste : Il paraît important que les discours soient convergents et complémentaires.

Question 2 : Demande d'aide des fumeurs

La différence est plus marquée ici que pour l'accompagnement des fumeurs.

D'après les représentations des professionnels, il semblerait que les pharmaciens reçoivent plus de demandes des fumeurs dans une démarche d'arrêt du tabac.

Ces résultats peuvent être expliqués compte tenu de la vente des traitements en pharmacies. En effet, les fumeurs sollicitent plus souvent les pharmaciens, puisque les traitements nicotiques de substitution sont en vente sans ordonnance. De plus, le passage préalable chez le médecin généraliste n'est pas systématique, d'autant que les nouveaux prescripteurs viennent parfois se substituer à lui (28).

Le pharmacien reçoit sans rendez-vous, souvent en proximité territoriale de la personne. Cela facilite donc la démarche d'arrêt chez les fumeurs en permettant un passage à l'acte « immédiat ». Cette remarque est en accord avec le travail d'Alice Bonnay et Philippine Brousse. Il montre que l'intention de changement est très fragile dans la population des fumeurs aux stades d'intention et de préparation (15).

Un client qui souhaite acheter son traitement est donc probablement perçu comme un patient ayant une demande. Cette démarche est sans doute plus simple que de solliciter l'aide de son médecin généraliste.

De ce constat, nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Importance de proposer des actions en proximité temporelle, humaine et géographique, afin de limiter les obstacles à l'action chez les fumeurs dont l'engagement est fragile.**
- **Dans cette perspective, le pharmacien cumule les atouts et est déjà mobilisé sur le parcours des fumeurs : proximité territoriale (du travail, du super marché ou du domicile), proximité temporelle (pas de rendez-vous) et humaine (une équipe de salariés et stabilité en tant qu'interlocuteur).**
- **Son exercice est cependant spécifique et les moyens d'interactions sont à adapter.**
- **Il peut être un influenceur amenant le fumeur à avoir une demande d'accompagnement auprès de son médecin généraliste.**

Question 3 : Freins des médecins généralistes et des pharmaciens

Le « **manque de temps** » et « **l'absence de demande des fumeurs** » sont deux freins majeurs déclarés par les médecins généralistes et par les pharmaciens.

Les médecins généralistes déclarent également que « **la prise en charge est peu efficace** » ainsi que le « **manque de formation** ». Difficile de dire si les praticiens mettent en lien ces deux obstacles et qu'ils considèrent qu'avec plus de formation, leur prise en charge serait plus efficace.

Les pharmaciens mettent eux en avant le « **refus des patients d'en parler** », ainsi que « **l'absence de rémunération** ».

Ces résultats sont en accord avec le guide des professionnels de santé Australien qui a relevé plusieurs obstacles : la perception de l'inefficacité de l'aide apportée, le manque de temps, leur manque de compétences, le manque de motivation du fumeur (29).

Le manque de formation souligné par les médecins généralistes est déjà décrit dans le travail de Fanny Augère (13) mais aussi dans l'article « Lutte contre le tabagisme en France : quoi de nouveau » dans la Revue Du Praticien en juin 2019. En effet, « *par manque de formation initiale et continue, de nombreux professionnels de santé ne se sentent pas aptes à prendre en charge les fumeurs* » (30).

Afin d'améliorer la situation, les médecins généralistes interrogés proposent dans le travail de thèse d'Estelle Dimeglio (31), « *de solliciter davantage les plus à même de s'impliquer c'est-à-dire ceux qui ont bénéficié d'une formation, les jeunes, les femmes, ceux travaillant en groupe* ».

Le projet L.A.S.T répond à cette demande via le recrutement et l'identification claire et facile des professionnels formés et volontaires sur le parcours habituel des fumeurs.

L'image d'inefficacité des prises en charges est souvent décrite en lien avec la fréquence des rechutes, alors que celles-ci font partie du processus normal de l'addiction. L'efficacité du traitement des migraines, par exemple, est identifiée sur l'espacement et la maîtrise des crises. Il pourrait en être de même pour les addictions. Il est donc important de changer les représentations à ce niveau.

Dans le même sens, les médecins généralistes présentent des lacunes importantes concernant la varénicline et le bupropion (mode d'action, modalités de prescription, interactions, effets indésirables ou risques potentiels) qui majorent leurs représentations négatives des thérapeutiques (32).

De leur côté, les pharmaciens semblent moins porter cette représentation d'inefficacité des prises en charge. Paradoxalement, ils ne mettent pas en avant le manque de formation comme un frein. En effet, les patients avec lesquels ils interagissent sur le tabac sont déjà au stade d'action et en demande de traitements.

En revanche, l'absence de rémunération spécifique pour l'entretien est un obstacle important uniquement pour les pharmaciens. Dans ce sens, sont développés depuis 2016 dans le cadre de la campagne « #Moi(s) Sans Tabac », par l'association Addictlim en Limousin, des entretiens motivationnels aux fumeurs qui souhaitent arrêter (33). Les pharmaciens participants ont été formés au préalable. Des fonds provenant de l'agence régionale de santé (ARS) permettent de les rémunérer à hauteur de 15 euros pour une quinzaine de minutes minimum. « *Le but est de multiplier les entretiens au cours du mois et d'en faire un par semaine, si besoin* » déclare François Martial, Président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens NA (33-34). La rémunération à l'acte se développe ainsi en pharmacie.

Le « refus du patient d'en parler » est également dénoncé par les pharmaciens. Ceci s'explique probablement par la configuration de la rencontre des deux partis. La rencontre « au comptoir » n'est pas nécessairement propice à l'échange en cas d'opposition et ce d'autant plus que le lieu peut manquer de confidentialité.

Il est important de remarquer que plusieurs médecins généralistes expriment leurs difficultés à prendre en charge le tabac chez les patients présentant des co-addictions ou des troubles psychiatriques. L'HAS dans ses recommandations de 2014 valide l'existence qu'une codépendance, notamment à l'alcool, est associée à un taux de succès du sevrage tabagique plus faible. Quant aux comorbidités psychiatriques, antérieures ou concomitantes à la consommation de tabac, le professionnel doit suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique (28). La Professeure Fatséas, psychiatre, montre que la prise en charge des patients présentant des troubles liés à la toxicomanie associée à des troubles de l'humeur et / ou d'anxiété comorbides nécessite une attention particulière. En effet, ces troubles conduisent à une augmentation de la fréquence de consommation de substances (35).

Le repérage des patients complexes, associé à un manque de formation pour leur prise en soins, peut participer également à l'absence d'investissement, si les ressources sont méconnues ou difficilement accessibles. Ces difficultés d'accès aux spécialistes sont également exprimées par certains médecins généralistes. Les unités de coordination de tabacologie créées à la suite du 1er Plan cancer souffrent d'un manque de moyens humains

criant. Les délais de rendez-vous sont généralement très longs et inadaptés à la motivation fragile des patients. Ces consultations sont le plus souvent éloignées pour les patients, ce qui cumule les obstacles (30).

L'entourage non soutenant est également exprimé comme un frein chez les médecins généralistes. Ceci suppose la nécessité d'en favoriser la prise en soins concomitante, comme ceci est favorisé pour les sages-femmes avec la possibilité qui vient de leur être offerte d'accompagner le conjoint de la femme enceinte.

Malgré les freins exprimés, le sujet est considéré comme prioritaire et la question peu difficile à aborder.

De ce constat, nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Susciter la demande des patients auprès des professionnels**
- **Montrer que l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction peut se faire en peu de temps, de façon fragmentée sur plusieurs consultations, de façon efficiente**
- **Favoriser les formations sous différents formats et adaptées aux exercices spécifiques**
- **Faciliter l'orientation des patients les plus complexes en rendant les ressources plus visibles et accessibles.**

Question 4 : Les freins des fumeurs selon les professionnels

Si les professionnels placent leurs propres freins en dessous de la moyenne de 5, la majorité des obstacles issus des patients sont considérés au-dessus de la moyenne. Ils sont donc vécus comme des obstacles plus difficiles. Il est logique que les freins venus des autres soient plus difficiles à faire évoluer. Ce constat participe à la validation interne de la cohérence des réponses.

Les représentations des médecins généralistes et des pharmaciens concernant les freins à l'arrêt du tabac chez les fumeurs sont sensiblement les mêmes : « **l'absence d'envie d'arrêter** », « **ils pensent que ce n'est pas une maladie** » et « **ils connaissent mal les aides disponibles** ».

Il n'est pas possible de savoir si les professionnels pensent que les fumeurs n'ont pas envie d'arrêter, ou si, plus logiquement, que l'absence d'envie d'arrêter est l'obstacle majeur. On sait que plus de la moitié des fumeurs réguliers (58%) déclarent avoir envie d'arrêter de fumer

dont 30 % dans les 12 prochains mois (36). Ces chiffres sont très sous-estimés, car on sait aussi que le fait de montrer l'importance de l'arrêt alors que l'on ne s'en sent pas capable, augmente la culpabilité et est inconfortable. La première représentation éventuelle est donc fautive la plupart du temps. La deuxième représentation est réelle mais ne doit pas constituer un obstacle en addictologie. En effet, l'absence d'envie d'arrêter est le plus souvent liée à l'expérience du craving. Elle disparaît généralement, lors de l'introduction d'un traitement en limitant les effets de celui-ci.

La thèse de Philippine Brousse et Alice Bonnay-Hamon (15) confirme, du point de vue des fumeurs au stade intention/préparation, le fait qu'ils ne se considèrent pas malades et qu'ils connaissent mal les aides disponibles. Il y a ici une concordance des obstacles que l'on interroge les professionnels sur les fumeurs ou les fumeurs sur eux-mêmes.

Les pharmaciens identifient le fait qu'« **ils pensent pouvoir arrêter seuls** » comme un frein important alors que les médecins généralistes mettent en avant « **ils pensent que les aides ne marchent pas** ».

Les pharmaciens sont confrontés sans doute souvent à des patients qui viennent acheter les traitements sans ordonnance et arrêtent sans accompagnement, cela pourrait valider cette représentation. Ce sentiment est évoqué par les fumeurs eux-mêmes (15) « *c'est une question de volonté, quand je serais décidé, j'arrêteraient tout seul* », montrant la concordance entre les deux enquêtes.

De leur côté, les médecins généralistes transposent aux fumeurs leurs propres perceptions des aides considérées comme inefficaces. Les fumeurs ne sont pas aussi catégoriques. Le sentiment d'efficacité est très variable selon eux et selon les traitements proposés (37). Ils se basent sur leur propre expérience des arrêts antérieurs et sur celle de leur entourage (15). Par ailleurs, l'ensemble des aides disponibles n'est pas connu des fumeurs. Seuls 4 fumeurs sur 19 déclaraient être informés du remboursement des TNS (15).

Selon le *Treating Tobacco Use and Dependence*, l'amélioration de la couverture média des traitements de renoncement au tabac augmenterait les tentatives d'arrêt, le recours au traitement et la réussite de l'arrêt du tabac (38).

Dans les réponses libres pour les freins à l'arrêt chez les fumeurs, « l'entourage » est de nouveau mentionné. L'entourage peut impacter négativement ou positivement (soutien à l'arrêt) le parcours d'arrêt du tabac des fumeurs. Cette remarque est en accord avec celle établie dans l'étude qualitative auprès des fumeurs (15). De même, Aurélie Lauvaux démontre

dans son travail que près de la moitié des fumeurs de son échantillon désire la présence de leur entourage dans leur prise en charge (39). L'absence de celui-ci est donc un frein à l'arrêt.

En contradiction avec l'étude sur les fumeurs (15), les professionnels ne positionnent pas comme obstacle important le fait que « les patients ne savent pas que je peux les aider », « ils n'osent pas m'en parler » et « ils manquent de temps ». Ceci pourrait montrer une difficulté à l'approche centrée sur le patient.

Les attentes mutuelles dans la relation médecins généralistes/patients sont différentes. Une étude norvégienne constate que pour plusieurs problèmes de santé courants, les hommes sont moins susceptibles que les femmes de croire que les patients consulteront leur généraliste. De leur côté, les médecins généralistes surestiment dans quelle mesure leurs patients les verront pour un certain nombre de problèmes médicaux courants (40). La problématique du tabac en France semble rejoindre les tendances de cette étude. Des campagnes ciblées d'une part sur les fumeurs et d'autre part sur les professionnels de santé semblent nécessaires.

De ce constat, nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Médiatiser auprès des professionnels le fait que les fumeurs ont envie d'arrêter, les aides sont efficaces et que l'objectif est d'espacer et de raccourcir les phases de rechute.**
- **Améliorer la connaissance des aides disponibles en proximité grâce, notamment, à un outil de médiation type « jeu de cartes ». Cet outil permettrait de développer le conseil à l'arrêt, en peu de temps, avec une présentation des aides disponibles sur le territoire, et les informations utiles aux patients. Ces derniers pourraient repartir avec un document mentionnant les aides choisies, ce jour-là, comme projet idéal pour eux.**

Question 5 : Facteurs facilitant l'implication des professionnels de santé

Médecins généralistes comme pharmaciens considèrent que « **leur demande d'aide** » et « **ils ont confiance en moi** » sont deux leviers parmi les 4 les plus importants. D'après Aurélie Lauvaux, dans son étude sur les connaissances, représentations, attentes et besoins des patients fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique, « *76,5% des patients sont prêts à faire confiance en leur médecin traitant pour mener leur sevrage* » (39). L'étude VIJGIL (16)

souligne également la demande d'aide des patients comme le levier le plus important, suite à l'enquête auprès de 163 jeunes médecins généralistes récemment installés en ex-Aquitaine.

Les médecins généralistes de notre étude semblent souhaiter posséder « un guide simple et pragmatique » alors que l'aspect « formation » apparaît dans les leviers les moins importants. On peut supposer que le terme de « formation » renvoi les médecins généralistes à une idée trop « formelle », chronophage, voir trop spécialisée et peu facilement applicable en pratique. Le guide, quant à lui a probablement séduit par son côté pragmatique faisant évoquer l'idée de quelque chose de « pratico-pratique » à savoir rapide, concis, pertinent permettant une mise en application immédiate, et surtout en toute autonomie. On retrouve ici les notions de marketing social des 5C avec la possibilité d'initier un changement de comportement à l'aide d'un outil ayant un faible coût en termes de « temps » permettant au professionnel de se mobiliser rapidement pour la lutte anti-tabac (11).

Il aurait été intéressant de demander à ceux qui souhaitaient un guide s'ils connaissaient les tutoriels en ligne proposés par l'association AGIR 33 sur le site « addictutos.com » (41). En effet, ces tutoriels d'aide au sevrage ont pour vocation d'être simples et pragmatiques.

Il est intéressant de constater que les médecins généralistes évoquent comme freins à leur implication l'absence de formation (question 3) mais que « les formations » n'apparaissent pas comme facteurs facilitant leur implication pour autant (question 5). Le manque de temps, le souci de préserver une vie de famille, l'appropriation de moyens modernes de communication, font que les modalités de formation évoluent et doivent se moderniser, s'adapter à ce nouveau paysage pédagogique. Il s'agit notamment de favoriser les formations expérientielles promues dans l'apprentissage par compétences.

En accord avec la question 3, l'aspect financier de la consultation n'apparaît pas comme facteur facilitant important pour l'implication des médecins généralistes, contrairement aux pharmaciens, et de façon logique.

La loi HPST de juillet 2009 et la convention nationale de janvier 2012 ont marqué la volonté des pouvoirs publics de renforcer le rôle du pharmacien dans l'accompagnement des patients. Les missions du pharmacien se sont donc élargies faisant apparaître « l'entretien pharmaceutique » (42). La mise en place de ces derniers est aussi l'occasion de découvrir un nouveau mode de rémunération. Cette rémunération est forfaitaire et est fixée à 40€ par an et par patient dès lors que le pharmacien réalise au moins deux entretiens pharmaceutiques au cours de l'année civile de référence. Cependant, la rémunération perçue pour un patient est

limitée à une seule officine pour une année civile. Si le patient consulte ensuite une seconde pharmacie, pour bénéficier d'un nouvel entretien, le pharmacien ne sera pas rémunéré (42).

D'autre part, les pharmaciens n'ont pas été rémunérés pour plus de deux tiers des entretiens effectués en 2016 pour d'autres sujets que le tabac (asthme, diabète, anticoagulant oraux) (43). Il s'agit donc d'être vigilant lors de la mise en place éventuelle de telles mesures pour accompagner le projet L.A.S.T.

Les pharmaciens décrivent des leviers majeurs comme la proximité temporelle, humaine et géographique. Cela est en accord avec le travail de thèse de Sophie Caumon intitulé « état des lieux de la prise en charge du sevrage tabagique en officine » (44) mais aussi avec le rôle donné aux pharmaciens en matière de prévention (45).

Les médecins généralistes semblent moins sensibles à ces leviers, alors qu'ils pourraient les mettre en avant tout autant. Une hypothèse est que se sentant sous tension et refusant de nouveaux patients, cette proximité peut leur ajouter de la pression, avec des obligations de permanence des soins.

Favoriser des actions en proximité temporelle, humaine et géographique correspond à l'objectif du projet L.A.S.T afin de rapprocher les solutions des fumeurs.

La présence de l'entourage a été notifiée à plusieurs reprises, ici comme levier. « L'entourage » est donc cité de façon cohérente dans les 3 questions et aurait dû être mentionné dans le questionnaire. La moitié des interviewés de l'étude d'Alice Bonnay et Philippine Brousse choisit le soutien par un membre de son entourage pour son programme d'aide à l'arrêt idéal (15). Cela avait déjà été décrit dans le travail de thèse d'Aurélie Lauvaux où « 50 % des patients désirent la présence de leur entourage pour leur prise en charge » (39). De plus, dans ses recommandations l'HAS insiste sur la nécessité de la connaissance du statut tabagique de l'entourage (28).

L'entourage occupe donc une place importante dans l'arrêt du tabac et doit être considéré comme une cible prioritaire.

De ce constat, nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Réaliser un guide pratico-pratique pour les médecins généralistes en appliquant la règle des 5C – Faire connaître « addictutos.com » pour les formations en ligne et le projet PACT-Tabac pour les consultations alternées entre médecins traitants et médecins tabacologues**

- **Positionner des lieux d'accompagnement à la santé sans tabac en proximité temporelle, humaine et géographique, sur le parcours santé habituel des fumeurs**
- **Impliquer l'entourage pour que son impact soit favorable**
- **Assurer la rémunération des entretiens pharmaceutiques**

Question 6 : Mieux aider les fumeurs

Les professionnels de santé répondent en majorité favorablement au fait qu'il est possible de mieux aider les fumeurs. Les résistances des professionnels à s'impliquer sont moins cotées que les facteurs facilitant leur implication. Les freins seraient donc moins importants que les leviers.

Avec 1,6 millions de fumeurs en moins, la tendance est à la diminution (1). Devant cet élan collectif positif, et d'après la théorie de la contagion d'Einstein et Epstein, l'implication des professionnels devrait encore s'améliorer (46).

Question 7 : Être identifié comme L.A.S.T

La majeure partie des professionnels de santé interrogés par les DSP est favorable au projet L.A.S.T. On constate cependant une plus grande réserve chez les médecins généralistes. Toutefois, on ne peut éliminer un fort biais de désirabilité sociale, la question étant posée par un professionnel chargé de promouvoir le projet.

Question 8 : Motifs des refus des médecins généralistes à être identifiés comme L.A.S.T

Les motifs de refus font écho aux freins avancés par les médecins généralistes à s'impliquer dans la prise en charge de leurs fumeurs.

On retrouve la contrainte « manque de temps » et la crainte d'augmenter la charge de travail de façon importante (29).

Apparaît également la peur de perdre l'aspect « généraliste » de la médecine générale. En effet, les médecins généralistes semblent associer le fait que s'impliquer pour la lutte anti-tabac engendre une spécialisation dans les addictions voire l'orientation de la patientèle dans ce domaine.

Il n'est pourtant pas dans l'idée des L.A.S.T de modifier la patientèle des médecins généralistes mais bien d'augmenter au sein de celle-ci les actions anti-tabac.

De ce constat nous pouvons proposer les pistes suivantes :

- **Rassurer les médecins généralistes sur l'objectif de prise en soins de leurs patients**
- **Favoriser les outils simples, rapides, efficaces**
- **Médiatiser une organisation simple, efficace, facilitante**
- **Médiatiser une vision communautaire d'entraide, autour des fumeurs, en proximité, avec les P.A.S.T (Pôles d'Accompagnement à la Santé sans Tabac), réunissant les L.A.S.T du territoire autour de centres ressources**

4.3.2. Objectifs secondaires

Quels sont les facteurs susceptibles d'influencer les résultats de l'objectif principal ?

Chez les médecins généralistes

Les femmes cotent moins le « manque de formation » et semblent avoir moins de « difficulté à aborder le sujet » (tendance), dans les freins à leur implication. Dans les facteurs facilitants, les femmes cotent plus « les ordonnances types » ($p=0.02$) et « un accès facilité aux soins spécialisés ». Il semble donc que le sexe influence les représentations. En l'absence d'analyse multivariée on pourrait argumenter que les femmes peuvent être plus jeunes au sein de la population, mais ces items n'apparaissent pas modifiés selon l'ancienneté d'exercice.

Le travail de thèse de Mathilde Geeraert portant sur les différents modes de formation des médecins généralistes lorrains montre que « le temps de formation est identique entre homme et femme » (47).

Toutefois, ces éléments n'incitent pas à segmenter la population cible selon le sexe, la proposition de formation restant utile, peut intégrer des ordonnances types, et l'accès facilité aux soins spécialisés étant nécessaire pour tous, notamment les fumeurs.

Les citadins ont plus scoré « sujet non prioritaire » et « difficile d'aborder le sujet », les scores demeurant toutefois faibles. On observe également une tendance pour « une prise en charge peu efficace ». Il semble donc que les citadins soient moins à l'aise ou moins motivés sur les prises en charge.

L'exercice rural est associé à « ils pensent que les aides ne marchent pas » et « ils pensent pouvoir arrêter seuls ». Ceci est sans doute lié à une patientèle souvent plus précaire et plus loin du "prendre soin de soi " en milieu rural. L'accès aux soins spécialisés étant plus difficile en rural ceci peut participer à ce sentiment d'efficacité moindre.

Il est important de faire valoir l'augmentation des chances de réussite si l'arrêt est accompagné d'un professionnel de santé (48). En effet, pour que les professionnels soient convaincants ils nécessitent d'abord d'être convaincus.

Ces éléments peuvent inciter à segmenter la cible, en proposant des actions différentes en rural et en urbain, du fait de contextes différents (proximité des consultations spécialisées en ville, appui plus marqué sur le sentiment de communauté en rural, par exemple).

Les médecins généralistes fumeurs sont moins sensibles à la présence de ressources en proximité et à la demande d'aide du patient pour favoriser leur implication. Ceci peut être lié au sentiment de moindre légitimité pour intervenir sur cette problématique.

Cela rejoint les conclusions de l'étude menée sur l'influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt (49). Elle montre que les médecins fumeurs demandent moins à leurs patients s'ils fument et envisagent d'arrêter. Ils sont davantage enclins à penser que leur tabagisme n'a aucune influence sur leur communication avec le patient (49).

Une action spécifique sur les médecins généralistes fumeurs est indispensable. Vu leur faible nombre, on peut supposer que restent les plus addicts, avec association à d'autres addictions et des souffrances psychologiques. La médecine générale est une profession fortement touchée par l'épuisement professionnel.

Les plus récemment installés (moins de 10 ans) ont nettement moins coté « l'absence de rémunération pour l'entretien ». Toutefois le score moyen demeure faible pour tous les médecins généralistes quelle que soit leur ancienneté d'installation. **Il ne semble pas utile de proposer une segmentation selon cet axe.**

Chez les pharmaciens

« Le manque de ressources en proximité » est un frein plus important en milieu rural qu'en milieu urbain ou semi-rural. De plus, la proximité géographique « je suis près de chez eux » et temporelle « je peux les recevoir rapidement » facilite l'implication des pharmaciens en milieu rural et semi-rural plus qu'en milieu urbain. Cela est cohérent, compte tenu du manque de ressources en proximité plus aigu en rural. Les pharmaciens ruraux identifient mieux ainsi leur légitimité. La création des entretiens pharmaceutiques répond à ce constat (42-44).

Conservant ce raisonnement, il n'est pas surprenant de constater que l'item « des ordonnances types » comme facteur facilitant a plus séduit les pharmaciens ruraux, facilitant leur autonomie à distance des centres ressources.

La pertinence de la création de L.A.S.T et P.A.S.T trouve ici tout son sens, à la fois pour lutter contre les inégalités territoriales de santé, dans sa démarche de proximité temporelle, humaine et géographique.

Les pharmaciens fumeurs sont moins enclins à « une formation en face à face ». De plus ils considèrent comme « peu efficace » la prise en charge pour l'arrêt du tabac. Dans l'étude sur l'aide au sevrage tabagique dans les officines françaises, 62,4 % des pharmaciens évoquent l'altération de la crédibilité d'un confrère fumeur lors d'une prise en charge en tabacologie (50). **L'arrêt du tabac au sein des professionnels de santé est essentiel.**

Dans notre étude, plus le pharmacien est jeune installé moins il considère « l'absence de demande d'aide » du fumeur comme un frein à son implication.

D'autre part, les pharmaciens en exercice depuis moins de 10 ans sont plus nombreux à penser que « les fumeurs ne savent pas que les traitements sont remboursés ». Ils sont également plus enclins à « une formation près de chez eux ».

Au total, il ressort qu'un jeune installé en pharmacie semble être plus concerné pour la lutte anti-tabac.

Il y aurait un possible intérêt à segmenter la cible des pharmaciens selon l'ancienneté d'exercice. Se focaliser en priorité sur les pharmaciens les plus jeunes.

5. PERSPECTIVES

Dans notre étude, nous relevons une certaine ambivalence au sein des professionnels de santé. D'un côté, ils considèrent le sujet du tabac comme prioritaire et de l'autre, ils déclarent que l'absence de sollicitation des fumeurs combiné au manque de temps sont des freins majeurs à leur investissement.

Du côté des fumeurs une ambivalence existe également ; le souhait d'arrêter de fumer accompagné des professionnels de santé est en opposition à l'absence de demande de leur part pour être aidés (15).

Il est probable que les médecins traitants véhiculant l'image de médecins surchargés (refus de nouveaux patients, retard en consultations etc) n'encouragent pas les patients à avoir des demandes pouvant leur paraître moins urgentes. Or, beaucoup vont mourir de leur tabagisme. D'autre part, les pharmaciens, disposant d'une équipe dans l'officine, mettent en avant leur proximité, leur disponibilité et leur souhait d'être des conseillers de plus en plus impliqués. Toutefois, l'absence de rémunération, l'impossibilité de prescrire pour un remboursement, l'absence d'un lieu de confidentialité, peuvent aussi constituer des obstacles.

Nous voyons là se dessiner une complémentarité sur les territoires, à condition que cette complémentarité soit coordonnée, structurée et organisée.

La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise, dans ses recommandations aux professionnels de santé, d'effectuer un repérage précoce et intervention brève (RPIB) pour sensibiliser les fumeurs (51). Or, la thèse VIJGIL a montré que 89,1 % des jeunes médecins généralistes n'abordent pas la question de l'addiction tant que la demande n'est pas spécifiée par le patient (16).

Il pourrait être intéressant de créer un outil de médiation accompagnant le RPIB ou les 2 premiers A de la démarche 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) également promue par l'HAS (51-52). L'idée d'un jeu de cartes avec des images représentant chacune une aide disponible en proximité permettrait la visualisation globale de ce qui existe. Celui-ci pourrait être remis par le professionnel de santé au fumeur à la fin d'une consultation.

Cet outil a été proposé aux fumeurs par Alice Bonnay et Philippine Brousse pour l'élaboration du programme d'aide à l'arrêt idéal (15) et semble avoir plu aux participants. Actuellement, il est développé au sein du réseau AGIR la création d'un choix d'outils de médiation.

Cette procédure permettrait d'initier le dialogue et faciliterait la décision partagée centrée patient. En étant acteur du choix des aides pour l'arrêt du tabac, le fumeur serait ainsi plus impliqué, ce qui correspond à la démarche de la communication engageante (53-54). De plus le professionnel se trouverait automatiquement dans une posture plus empathique et motivationnelle.

Concernant l'aide possible par les professionnels du territoire, la connaissance des fumeurs est encore insuffisante (15). Afin de favoriser les médias les plus efficaces, un autre travail de thèse est en cours. Il consiste à comparer l'impact d'affiches personnalisées à l'aide des photographies des professionnels de santé à celui d'affiches standards dans les salles d'attente de cabinets médicaux. Ces affiches informent « qu'ici on peut vous aider à arrêter le tabac ». L'étude démarre en Novembre 2019.

Notre étude porte uniquement sur les médecins généralistes et les pharmaciens or les professionnels de santé sont nombreux avec désormais les « nouveaux prescripteurs ». Une thèse dans le cadre du projet « LAST/PAST/5A » est en cours dont nous n'avons pas encore de résultats. Il s'agit d'une enquête d'opinion sur les freins et les facteurs facilitant à l'implication dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac des participants aux formations « nouveaux prescripteurs » organisées par l'Assurance Maladie en collaboration avec AGIR 33.

Concernant la stratégie de marketing social il apparaît important de segmenter des cibles au sein des professionnels de santé. L'analyse des réponses selon le sexe, le lieu d'exercice, le statut tabagique et le nombre d'année d'exercice montre des différences significatives instructives.

Le fait d'axer une stratégie de communication sur le milieu rural en médecine générale et officines, paraît important. De plus, l'arrêt du tabac des professionnels serait vecteur d'un message encourageant pour les fumeurs.

Les L.A.S.T doivent apparaître comme une possibilité d'optimiser sa pratique et les résultats auprès des fumeurs, tout en facilitant l'organisation des soins, au sein d'une activité en tension de flux.

6. CONCLUSION

Le tabac reste un sujet prioritaire pour les professionnels de santé. La majorité pense que nous pouvons mieux aider les fumeurs.

Dans nos résultats, les principaux freins communs des professionnels de santé à leur implication sont le manque de temps et l'absence de demande des fumeurs. Les médecins généralistes ajoutent le manque de formation et l'aspect peu efficace des prises en charge.

Les principaux leviers communs à leur implication sont logiquement lorsque les fumeurs les sollicitent mais aussi la confiance dont ils sont l'objet. Les pharmaciens ajoutent la proximité temporelle, humaine et géographique.

Explorer l'ambivalence au sein des professionnels de santé et des fumeurs concernant le tabac, au travers d'une campagne de marketing social adaptée pourrait permettre d'établir un objectif commun entre les deux partis et donc leur mobilisation respective pour la lutte anti-tabac.

Cela corrélé à une communication segmentée de la population cible notamment en milieu rural en médecine générale et officines, pourrait permettre une mobilisation des fumeurs et des professionnels de santé. De plus, l'arrêt du tabac des professionnels serait vecteur d'un message encourageant pour les fumeurs.

Les prochains « Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac » parfaitement identifiables pour leurs actions « tabac », faciliteraient la demande d'aide des fumeurs auprès des professionnels de leur territoire ainsi identifiés.

Il est également important que les L.A.S.T soient efficaces avec des outils de médiation partagés et adaptés à leurs pratiques spécifiques. Leurs actions doivent être cohérentes et coordonnées, s'appuyer sur des discours partagés et convergents, au sein de pôles territoriaux (PAST).

Les résultats de notre enquête laissent présager que ce projet est possible, voir attendu des professionnels. Toutefois, il faudra que les fumeurs y soient suffisamment impliqués pour qu'ils s'en saisissent également.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine – Service Public d’Information en Santé. Arrêter de fumer en Nouvelle-Aquitaine. [En ligne]. 2019 avril 1^{er} [cité le 19 sep 2019]. Disponible: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/index.php/spis-arreter-de-fumer-en-nouvelle-aquitaine>
2. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan cancer 2014-2019. Objectif 10 : Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019. [En ligne]. 2016 [cité le 19 sep 2019];1-55. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
3. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022. [En ligne]. [cité le 19 sep 2019];1-45. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
4. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Note de cadrage pour la campagne de financement 2019 en prévention promotion de la santé et santé environnementale. [En ligne]. 2019 [cité le 19 sep 2019];1-2. Disponible: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-12/2019_Note_cadrage_campagne_PPS_0.pdf
5. Alla F, Castera P, Gonneau A, Lajzerowicz N. Expérimentation d’un nouveau dispositif d’accompagnement des fumeurs sur la région N-A. Projet commun LAST – PAST – 5A en Nouvelle-Aquitaine, parcours coordonné. Communication au: 4^{ème} édition, Colloque TabAquit « tabac et vulnérabilités »;26 Mars 2019;Angoulême.
6. Ministère des Solidarités et de la Santé, Assurance Maladie, Santé Publique France. Tabac-info-service.fr - #MoisSansTabac [En ligne]. France. [cité le 19 sep 2019]. Disponible: <https://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>
7. Santé Publique France. De « Stoptober » à « Mois sans tabac » : comment importer une campagne de marketing social. [En ligne]. France;2019 [modifié le 30 juil 2019; cité le 19 sep 2019]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/articles-du-mois/2019/de-stoptober-a-mois-sans-tabac-comment-importer-une-campagne-de-marketing-social>
8. Kotler P, Roberto N, Lee N. Social Marketing: Improving the Quality of Life. 2nd ed. Sage Publications : California (2002). Australasian Marketing Journal [En ligne]. 2003 [cité le 15 sep 2019];11(1).97-99. Disponible: <https://pdfs.semanticscholar.org/e28e/39a44364b245365005e1439246e1d0a10e3e.pdf>
9. Dangaix D, Gallopel-Morvan K. Le marketing social peut être très utile dans un programme de santé publique. *Sante Homme*. 2011;(412):4-5
10. Santé Publique France. Bulletin de Santé Publique Nouvelle Aquitaine : Tabac. Jan 2019;1-23.
11. Gallopel-Morvan K. Formation marketing social. Utiliser le marketing social pour les projets de prévention - Partie 2. Communication au : formation des salariés du COPREAD-NA; 3 et 4 Sep 2019; Bordeaux.

12. Demeaux JL, Desaulty-Cluzan L, Meurant C, Castéra P. Délégué Santé Prévention : pour que le généraliste ne soit plus seul devant l'addiction. Alcool, tabac, cannabis : une étude de faisabilité en Gironde. Médecine. 2007 ;3(8):378-81.
13. Augère F. Apport de la visite d'une Déléguée santé Prévention d'un réseau « Addictions » auprès des médecins généralistes girondins [thèse]. Université de Bordeaux; 2010.
14. Gallopel-Morvan K. Marketing social et marketing social critique : quelle utilité pour la santé publique ? Les tribunes de la Santé [En ligne] 2014 [cité le 15 sep 2019];4(45):37-43.
15. Brousse P, Bonnay A. Perceptions des fumeur·ses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal : Enquête qualitative auprès des fumeur·ses au stade d'intention et préparation [thèse]. Université de Bordeaux; 2019.
16. Alvarez P. Impact de la visite des jeunes généralistes installés libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie: étude longitudinale comparative randomisé auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine [Thèse]. Université de Bordeaux; 2018.
17. Ministère des Solidarités et de la Santé, Assurance Maladie, Santé Publique France. Nouveaux prescripteurs et substituts nicotiques. [En ligne]. France [cité le 19 sep 2019]. Disponible: <https://pro.tabac-info-service.fr/Nouveaux-prescripteurs-et-substituts-nicotiques>
18. Haute Autorité de Santé (HAS). Services des bonnes pratiques professionnelles. Annexe : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». [En ligne]. Octobre 2014 [cité le 19 sept 2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
19. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). La répartition géographique des professionnels de santé de premier recours. [En ligne]. 2016 [cité le 8 oct 2019];48-55. Disponible : <https://drees.solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche6-3.pdf>
20. Herbert M. Que se passe-t-il lorsque les répondants à un questionnaire tentent de deviner l'objectif de recherche ? Le biais du répondant : conceptualisation, mesure et étude d'impact. Actes du XXIIIème Congrès International de l'AFM; 31 mai-1er juin 2007; Aix-les-Bains, France. 1-26.
21. Crowne D, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. Journal of Consulting Psychology. 1960;24(4):349-354.
22. Santé Publique France. Tabagisme des professionnels de santé. Octobre 2017. 1-5.
23. Morabia A, Bernstein MS, Curtin F, Berode M. Validation of self-reported smoking status by simultaneous measurement of carbon monoxide and salivary thiocyanate. Prev Med [En ligne]. 2001[cité le 05 oct 2019];32(1):82-88. Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743500907795>

24. MacLaren DJ, Conigrave KM, Robertson JA, Ivers RG, Eades S, Clough AR. Using breath carbon monoxide to validate selfreported tobacco smoking in remote Australian Indigenous communities. *Popul Health Metr*. [En ligne] 2010 [cité le 05 oct 2019];8(2):1-7. Disponible: <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1478-7954-8-2>
25. Ordre National des Pharmaciens. Démographie des pharmaciens : panorama au 1^{er} janvier 2019. [En ligne]. 2019 [cité le 30 sep 2019];1-100. Disponible: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens2>
26. Ordre National des Médecins – Conseil National de l’Ordre. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2018. 2018;1-165.
27. Observatoire Régional de la Santé – Agence Régionale de la Santé. Atlas de la Santé Nouvelle- Aquitaine. [En ligne]. 2018 [cité le 30 sep 2019]; 1-128. Disponible : https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/01/Atlas_VF_29012019.pdf
28. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l’abstinence en premier recours. [En ligne] 2014 [cité le 05 oct 2019];1-58. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
29. The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Supporting smoking cessation : a guide for health professionals. Melbourne, Australia. 2011.1-71.
30. Wirth N, Béguinot E, Martinet Y. Lutte contre le tabac : quoi de nouveau ? *Rev Prat*. 2019;69:653-657.
31. Dimeglio E. Campagne #MoisSansTabac 2016, le marketing social auprès des médecins généralistes : enquête qualitative par focus groups auprès de médecins généralistes du Lot-et- Garonne [thèse]. Université de Bordeaux; 2018.
32. Ravily E. Connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes concernant deux thérapeutiques de l’arrêt du tabac : la varénicline et le bupropion Étude qualitative par entretiens semi-dirigés en Gironde [thèse]. Université de Bordeaux; 2018.
33. Moulun A-G. Tous au comptoir contre le tabac. [En ligne] 2017 Nov [cité le 9 oct 2019 (1294)]. Disponible : <http://www.lepharmaciendefrance.fr/article-print/tous-au-comptoir-contre-le-tabac>
34. Ferrera-Bibas F, Honoré S. Expérimentation pendant le Moi(s) Sans Tabac 2017 : rôle du pharmacien et impact de l’accompagnement du patient fumeur à l’officine. *Priorité Santé*. [En ligne] 2018 Mai [cité le 05 oct 2019];(52);18-19. Disponible : http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/1646/voir-le-bulletin_doc.pdf
35. Fatseas M, Serre F, Swendsen J, Auriacombe M. Effets de l'anxiété et des troubles de l'humeur sur l'état de manque et la consommation de substances psychoactives chez les

patients présentant un trouble de toxicomanie : étude d'évaluation momentanée écologique. *Drug Alcohol Depend.* Juin 2018;187:242-248.

36. Ministère des Solidarités et de la Santé, Assurance Maladie, Santé Publique France. *Tabac-info-service.fr*. Chiffres du tabac. [En ligne]. [cité le 02 oct 2019]. Disponible : <https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac>
37. Morphett K, Partridge B, Gartner C, Carter A, Hall W. Why don't smokers want help to quit ? A qualitative study of smokers' attitudes towards assisted vs. unassisted quitting. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2015;12:6591-6607.
38. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use et dependence : 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Mai 2008.
39. Lauvaux A. Connaissances, représentations, attentes et besoins des patients fumeurs vis-à-vis des aides au sevrage tabagique [thèse]. Université de Reims ; 2012.
40. Eide T B, Straand J, Rosvold EO. Patients' and GPs' expectations regarding healthcare-seeking behaviour: a Norwegian comparative study. *BJGP Open.* 2018;2(4) :1-12.
41. AGIR 33 Aquitaine. *Addictutos, Tutoriel Sevrage Tabac*. [En ligne]. France [cité le 02 oct 2019]. Disponible: <https://www.addictutos.com/page/tutoriels/tutoriel-sevrage-tabac>
42. Pharmagest. Qu'est-ce qu'un entretien pharmaceutique? [En ligne] [cité le 09 oct 2019] Disponible: <https://pharmagest.com/entretien-pharmaceutique/>
43. Simon L. Pourquoi 70 % des entretiens n'ont pas été payés. *Le pharmacien de France*. [En ligne] Nov 2017 [cité le 10 oct 2019]. Disponible: <http://www.lepharmaciendefrance.fr/actualite-web/pourquoi-70-des-entretiens-nont-pas-ete-payes>
44. Caumon S. État des lieux de la prise en charge du sevrage tabagique en officine [thèse]. Université de Toulouse; 2016.
45. Le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm). Rôle du pharmacien. [En ligne] 2019 [cité le 09 oct 2019] Disponible: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>
46. Einstein S, Epstein A. Cigarette smoking contagion. *Int J Addict.* 1980;15(1):107-14.
47. Geeraert M. Évaluation des différents modes de formation et d'amélioration des pratiques professionnelles connus et utilisés par les médecins généralistes lorrains [thèse]. Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy; 2017.
48. Ministère des Solidarités et de la Santé, Assurance Maladie, Santé Publique France. *Tabac-inf- service.fr*. Vos questions – Nos réponses. [En ligne]. France [cité le 05 oct 2019]. Disponible: https://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/04_Questions-mises-en-ligne/Statistiques

49. Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G, et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Rev Mal Respir* [En ligne]. 2006 [cité le 09 oct 2019]; 2006;23(5):426-429. Disponible: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/134917>
50. Dansou A, Pouséo C, Kaniut V, Leloup A, Aubry M, Le Louarn A. L'aide au sevrage tabagique dans les officines françaises. *Santé Publique*. [En ligne] 2015 [cité le 09 oct 2019]; 2015;27:167-176. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-2-page-167.htm>
51. Haute Autorité de Santé (HAS). Communiqué de presse. Repérer précocement, intervenir et suivre les conduites addictives [En ligne]. 2015 [cité le 30 sep 2019]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2005216/fr/reperer-precocement-intervenir-et-suivre-les-consommations-addictives
52. Haute Autorité de Santé (HAS). Service de bonnes pratiques professionnelles. Annexe à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». Présentation de la méthode des 5A [En ligne] 2014 [cité le 09 oct 2019]. Oct 2014:1-7. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_methode_5a.pdf
53. Girandola F, Joule RV, Bernard F, Souchet L. Prévention du risque infectieux : pour une communication engageante. *Hygiènes*. 2012;20(6):283-287.
54. Girandola F. Persuader et engager les professionnels pour appliquer les recommandations. *Hygiènes*. 2018;26(4):65-68.

4. Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous, pour vos patients/clients les freins suivants à vous demander de l'aide ? (les citer tous avant de demander le chiffre)

Ils n'ont pas le temps	
Ils ne savent pas que je peux les aider	
Ils n'ont pas envie d'arrêter	
Ils n'osent pas m'en parler	
Ils connaissent mal les aides	
Ils pensent que les aides ne marchent pas	
Ils ne pensent pas que c'est une maladie	
Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés	
Ils pensent pouvoir arrêter seuls	

Voyez-vous d'autres freins à signaler avec leur niveau entre 0 et 10 ? | ____ | (précisez) :

.....

5. Entre 0 et 10 (0 correspondant à pas du tout et 10 à totalement) à quel niveau mettriez-vous les facteurs facilitant votre implication auprès de vos patients/clients fumeurs ? (les citer tous avant de demander le chiffre) :

Je suis près de chez eux	
Je peux les recevoir rapidement	
Ils ont confiance en moi	
Un guide simple et pragmatique	
Des ordonnances types	
Un accès facilité aux soins spécialisés	
Une formation en ligne	
Une formation près de chez vous	
Une formation en face à face au cabinet	
Une valorisation financière	
Leur demande d'aide	

Voyez-vous d'autres facteurs facilitant à signaler avec leur niveau entre 0 et 10 ? | ____ | (précisez) :

6. Mieux aider vos patients fumeurs de tabac vous paraît-il possible ?

Oui Non Peut-être

En Nouvelle-Aquitaine, il est prévu d'identifier des Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (ou LAST). Ces lieux s'engageraient à conseiller leurs patients fumeurs et éventuellement à les accompagner dans leur perspective d'arrêt ou à les orienter vers des ressources proches. Les LAST disposeront d'une affiche pour la salle d'attente et d'autres moyens d'information. Si la marque LAST sera largement médiatisée, chaque professionnel ne s'engage à accompagner que ses propres patients/clients. Les professionnels (LAST) pourront être regroupés en Pôles d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (PAST) et disposer ainsi d'un addictologue référent et d'une aide pour développer leurs propres projets. Des formations seront facilement accessibles en fonction des besoins et possibilités des professionnels. Une hot line sera disponible ainsi qu'un réseau d'aides.

7. Accepteriez-vous d'être identifié comme LAST pour vos patients ?

Oui Non Peut-être

8. Si non ou peut-être, pourquoi ?

.....

Merci pour votre participation

Annexe 2 : Fiche explicative aux professionnels de santé

Fiche explicative du projet de thèse à l'intention des professionnels de santé

Question de recherche : Quels sont les freins et les leviers chez les professionnels de santé à l'implication dans la prise en charge de l'arrêt du tabac de leurs patients ?

Étude en perspective du projet Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (LAST)

Le tabac est à ce jour la première cause de mortalité évitable en France. Il est responsable de près d'un décès sur huit (1).

L'État se mobilise depuis plusieurs années pour lutter contre le tabac. Le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) 2014 – 2019 en est un exemple.

Sa mise en place est associée à une diminution du nombre de fumeurs de 1,6 millions entre 2016 et 2018 (2).

Un nouveau Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT) 2018-2022 a été mis en place par la Ministre de la Santé, Madame Agnès Buzin, avec quatre axes principaux :

- ✓ Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.
- ✓ Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.
- ✓ Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.
- ✓ Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens (3).

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle Aquitaine (NA) a bénéficié de 2,3 M€ pour 2018-2020 dans le cadre des Programmes Régionaux de Réduction du Tabagisme (P2RT) avec les fonds de lutte contre le tabac (4).

Les 3 objectifs définis sont d'éviter l'entrée des jeunes dans la consommation du tabac, d'aider les fumeurs à s'arrêter de fumer, et d'amplifier les actions auprès des publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé.

Dans ce sens, l'association AGIR 33 Aquitaine (faisant parti de la Coordination Régionale Addictions Nouvelle-Aquitaine : COREADD) expérimente la création d'un nouveau dispositif d'accompagnement des fumeurs.

Il s'agit du projet intitulé LAST/PAST/5A financé par l'ARS NA sur le fond tabac 2018 (4).

Le constat de base est que les professionnels de santé (PS) de proximité ne sont pas identifiés par les fumeurs comme étant en capacité de les aider.

De ce fait ils sont minoritaires à demander de l'aide auprès de leurs PS.

Or, l'absence de demande d'aide est le premier obstacle à l'implication des PS dans l'aide à l'arrêt du tabac (5), plus que le manque de temps ou le manque de formation.

Le projet consisterait en la mise en place de LAST, affichant leur capacité à aider leurs patients fumeurs, en, proximité territoriale, temporelle et humaine sur les parcours de santé habituels. Ces LAST seraient regroupés en Pôles d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (LAST-PAST) en lien avec des personnes ressources (addictologues), pour les cas plus complexes (6-7).

Pour cela, il convient d'étudier les populations cibles, à savoir : les fumeurs et les professionnels de santé en lien avec l'arrêt du tabac.

Nous pouvons citer pour les professionnels de santé, les médecins, pharmaciens, sages-femmes et les nouveaux prescripteurs que sont les chirurgiens-dentistes, les infirmiers(e)s, les kinésithérapeutes, les infirmier(e)s et médecins du travail, les infirmier(e)s et médecins scolaires (8).

Toutefois, du fait de l'urgence de disposer d'arguments pour le développement de la **stratégie et des outils de marketing social du projet**, il est choisi de cibler, dans un premier temps, les pharmaciens et les médecins généralistes.

En effet, ceux-ci sont les plus régulièrement présents sur les parcours des fumeurs de 25 à 55 ans (principales cibles du projet), de par leur présence sur tous les territoires pour tous les publics. Par ailleurs, ils disposent de lieux à forte exposition pour la diffusion de messages ultérieurs.

Ce travail de thèse s'inscrit donc dans ce projet global avec en premier lieu **une enquête d'opinion et de pratiques auprès des médecins généralistes et pharmaciens**.

En parallèle est étudié sur le même principe les fumeurs. Nos travaux seront mis en commun in fine afin de proposer les points essentiels à renforcer dans la stratégie de marketing social qui sera établie.

Références :

1. Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine - Service Public d'Information en Santé – Arrêter de fumer en Nouvelle-Aquitaine. 1^{er} Avril 2019 [En ligne]. [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/index.php/spis-arreter-de-fumer-en-nouvelle-aquitaine>
2. Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019 – Objectif 10 [En ligne]. [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
3. Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 [En ligne]. [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
4. Agence Régionale de Santé. Note de cadrage pour la campagne de financement 2019 en prévention promotion de la santé et santé environnementale. 2019 [En ligne]. [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-12/2019_Note_cadrage_campagne_PPS_0.pdf
5. Alvarez P. Impact de la visite des jeunes installés libéraux(VIJIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie : étude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2018. N°34.
6. Gallopel-Morvan K. Marketing social : de la compréhension des publics au changement de comportement. Communication orale lors de la formation des salariés du COPREAD-NA . Bordeaux, 9-10 Avril 2019.
7. Castera P, Gonneau A, Lajzerowicz N. Le projet LAST – PAST – 5A, parcours coordonnés. Colloque TabAquit 2019. Angoulême, 26 mars 2019.
8. Nouveaux prescripteurs et substituts nicotiniques. [En ligne]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://pro.tabac-info-service.fr/Nouveaux-prescripteurs-et-substituts-nicotiniques>.

Étude concernant les freins et les leviers à l'implication des professionnels de santé à l'arrêt du tabac, en proximité des patients ; dans le cadre du projet régional LAST/PAST/5A

Informations pour les Délégués Santé Prévention (DSP)

Tout d'abord, merci infiniment de participer au recueil de l'hétéro questionnaire dans le cadre de l'étude **des freins et des leviers à l'implication** des médecins et pharmaciens concernant la prise en charge de l'arrêt du tabac de leurs patients, établi sous forme de thèse, avec comme directeur de celle-ci le Docteur CASTERA Philippe et en collaboration Mme GONNEAU Audrey, chargée de mission.

Ce questionnaire est donc sous forme d'hétéro questionnaire. Un **entretien individuel** sera donc nécessaire avec chaque professionnel de santé.

Nous estimons la durée de celui-ci à environ **5-10 minutes**.

Le recueil sera établi du **02 mai 2019 au 31 mai 2019** (possibilité d'extension en fonction des retours obtenus).

Les réponses seront obtenues par les 4 Délégués Santé Prévention au minimum et par le thésard.

L'objectif est d'**inclure 200 participants** à minima pour que l'étude ait une puissance suffisante (une parité médecin/pharmacien est souhaitée).

Les points clefs lors de la diffusion du questionnaire :

- Proposer systématiquement l'enquête à chaque professionnel visité.
- Informer les professionnels de l'anonymat des données.
- Préciser que la réponse aux questions permettra ensuite d'établir une stratégie de marketing social qui doit être au plus près des besoins des professionnels ; aucun jugement ne sera porté sur les réponses données par les praticiens.
- Le questionnaire sera complété en totalité par l'enquêteur en collaboration avec le professionnel de santé interrogé (la partie en pointillée peut-être remplie par l'enquêteur seul en amont).
- Proposer les réponses aux questions avant que le professionnel interrogé s'exprime sur les réponses.
- Proposer le recueil du mail du professionnel pour l'envoi de l'étude une fois celle-ci terminée (à noter sur une feuille à part : email, Nom Prénom).
- Si le professionnel de santé a des questions/remarques qu'il n'hésite pas à me contacter via mon adresse mail : emailduthesard@fr
- Scanner les documents au fur et à mesure.
- Envoyer chaque fin de semaine au minimum, par mail aux adresses suivantes, les questionnaires scannés : emailduthesard@fr et chargeedemission@fr
- En cas d'impossibilité de scanner, photocopier et adresser le double par courrier à l'adresse suivante : adresse postale du thésard

En vous souhaitant un bon travail et restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire. Merci encore et bien cordialement,

Lucie Crevoisier
emailduthesard@fr
06 XX XX XX XX

Annexes 4 à 11 : Tableaux statistiques pour les objectifs secondaires

Annexe 4.1 : Réponses des médecins généralistes à la question 3 selon le sexe (N=121)

Réponses aux questions / Sexe	Manque de temps (N=121)	Manque de formation (N=120)	Manque de ressources en proximité (N=120)	Sujet non prioritaire (N=121)	Absence de demande du patient (N=121)	Prise en charge peu efficace (N=119)	Absence de rémunération pour l'entretien (N=120)	Difficile d'aborder le sujet (N=120)	Refus du patient d'en parler (N=121)
Femme (N=57)	5,05	4,14	3,19	2,07	4,4	3,93	1,54	1,6	5,6
Homme (N=63)	4,32	2,87	3,03	2,18	4,19	3,21	2,38	1,05	5,66
p (ANOVA test)	0,2704	0,0200	0,8388	0,7878	0,5708	0,1443	0,1112	0,0784	0,8085

Annexe 4.2 : Réponses des médecins généralistes à la question 4 selon le sexe (N=121)

Réponses aux questions / Sexe	Ils n'ont pas le temps (N=119)	Ils ne savent pas que je peux les aider (N=119)	Ils n'ont pas envie d'arrêter (N=121)	Ils n'osent pas m'en parler (N=119)	Ils connaissent mal les aides (N=120)	Ils pensent que les aides ne marchent pas (N=120)	Ils ne pensent pas que c'est une maladie (N=120)	Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés (N=120)	Ils pensent pouvoir arrêter seuls (N=121)
Femme (N=57)	4,27	3,77	7,49	4,91	5,95	6,14	6,96	4,93	5,19
Homme (N=63)	4,62	3,26	7,23	4,32	5,33	5,25	6,72	4,33	5,23
p (ANOVA test)	0,6426	0,1814	0,5618	0,2033	0,2181	0,0765	0,4760	0,2893	0,7084

Annexe 4.3 : Réponses des médecins généralistes à la question 5 selon le sexe (N=120)

Sexe / Réponses aux questions	Femme (N=57)	Homme (N=63)	p (ANOVA test)
Je suis près de chez eux (N= 120)	5,55	5,23	0,4359
Je peux les recevoir rapidement (N=119)	5,69	5,37	0,6774
Ils ont confiance en moi (N=120)	6,88	7,74	0,1902
Un guide simple et pragmatique (N=116)	6,4	5,88	0,4288
Des ordonnances types (N=118)	4,96	3,4	0,0216
Un accès facilité aux soins spécialisés (N=119)	6,7	5,38	0,0282
Une formation en ligne (N=116)	5,09	4,86	0,8559
Une formation près de chez vous (N=116)	5,75	4,53	0,0940
Une formation en face à face au cabinet (N=116)	6,5	6,05	0,5394
Une valorisation financière (N=116)	5,21	5,14	0,8935
Leur demande d'aide (N=116)	7,56	7	0,2418

Annexe 5.1 : Réponses des médecins généralistes à la question 3, selon le lieu d'exercice (N=121)

Réponses aux questions / Lieu d'exercice	Manque de temps (N=121)	Manque de formation (N=120)	Manque de ressources en proximité (N=120)	Sujet non prioritaire (N=121)	Absence de demande du patient (N=121)	Prise en charge peu efficace (N=119)	Absence de rémunération pour l'entretien (N=120)	Difficile d'aborder le sujet (N=120)	Refus du patient d'en parler (N=121)
Rural (N=33)	4,09	2,79	3,48	1,48	4,03	3,33	2,39	1,21	5,24
Semi-rural (N= 51)	4,56	3,33	2,98	1,52	4,02	3,02	1,45	0,71	5,06
Urbain (N=38)	5,29	4,32	3	3,5	4,92	4,41	2,32	2,16	6,5
p (ANOVA test)	0,3980	0,1240	0,5766	0,0016	0,5261	0,0882	0,2750	0,0136	0,1330

Annexe 5.2 : Réponses des médecins généralistes à la question 4 selon le lieu d'exercice (N=121)

Réponses aux questions / Lieu d'exercice	Ils n'ont pas le temps (N= 119)	Ils ne savent pas que je peux les aider (N= 119)	Ils n'ont pas envie d'arrêter (N=121)	Ils n'osent pas m'en parler (N= 119)	Ils connaissent mal les aides (N=120)	Ils pensent que les aides ne marchent pas (N=120)	Ils ne pensent pas que c'est une maladie (N=120)	Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés (N=120)	Ils pensent pouvoir arrêter seuls (N=121)
Rural (N=33)	3,52	3,67	7,97	4,45	6,09	6,67	6,66	4,09	5,82
Semi-rural (N=51)	4,55	3,57	7,16	4,3	5,56	5,73	6,92	4,92	5,44
Urbain (N=38)	4,97	3,38	7,18	5,14	5,27	4,79	6,87	4,58	4,45
p(ANOVA test)	0,3448	0,7373	0,4530	0,6966	0,1904	0,0024	0,9586	0,3198	0,0138

Annexe 5.3 : Réponses des médecins généralistes à la question 5 selon le lieu d'exercice (N=120)

Lieu d'exercice / Réponses aux questions	Rural (N=33)	Semi-rural (N=51)	Urbain (N=38)	p (ANOVA test)
Je suis près de chez eux (N= 120)	4,7	5,88	5,08	0,4644
Je peux les recevoir rapidement (N=119)	5,22	5,94	5,03	0,4102
Ils ont confiance en moi (N=120)	6,3	7,8	7,66	0,1287
Un guide simple et pragmatique (N=116)	6,5	6,4	5,37	0,3780
Des ordonnances types (N=118)	4,21	4,35	3,75	0,7269
Un accès facilité aux soins spécialisés (N=119)	5,79	6,55	5,49	0,3083
Une formation en ligne (N=116)	4,58	5,35	4,69	0,4722
Une formation près de chez vous (N=116)	4,91	5,43	4,83	0,6051
Une formation en face à face au cabinet (N=116)	6,15	6,63	5,8	0,3263
Une valorisation financière (N=116)	5,48	4,76	5,46	0,8068
Leur demande d'aide (N=116)	7,21	7,67	6,83	0,5064

Annexe 6.1 : Réponses des médecins généralistes à la question 3, selon le statut tabagique (N=121)

Réponses aux questions / Statut tabagique	Manque de temps (N=121)	Manque de formation (N=120)	Manque de ressources en proximité (N=120)	Sujet non prioritaire (N=121)	Absence de demande du patient (N=121)	Prise en charge peu efficace (N=119)	Absence de rémunération pour l'entretien (N=120)	Difficile d'aborder le sujet (N=120)	Refus du patient d'en parler (N=121)
Ex-fumeurs (N=37)	4,46	2,81	2,84	2	4,3	3,51	2,14	1,22	5,92
Fumeurs (N=8)	2,75	2,38	2,25	1,75	2,25	1,75	2	1,12	4,25
Non-fumeurs (N=74)	5	3,96	3,29	2,27	4,57	3,75	1,95	1,4	5,51
p (ANOVA test)	0,1991	0,1395	0,8256	0,9678	0,1464	0,2766	0,9314	0,9762	0,3509

Annexe 6.2 : Réponses des médecins généralistes à la question 4 selon le statut tabagique (N= 121)

Réponses aux questions / Statut tabagique	Ils n'ont pas le temps (N= 119)	Ils ne savent pas que je peux les aider (N=119)	Ils n'ont pas envie d'arrêter (N=121)	Ils n'osent pas m'en parler (N= 119)	Ils connaissent mal les aides (N=120)	Ils pensent que les aides ne marchent pas (N=120)	Ils ne pensent pas que c'est une maladie (N=120)	Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés (N=120)	Ils pensent pouvoir arrêter seuls (N=121)
Ex-fumeurs (N=37)	3,94	4,19	7,27	4,78	5,89	5,75	6,05	4,67	5,41
Fumeurs (N=8)	2,62	2,38	7	4,38	4,38	4,5	7,14	3,75	4
Non-fumeurs (N=74)	4,84	3,41	7,45	4,62	5,67	5,8	7,24	4,62	5,28
p (ANOVA test)	0,2240	0,1447	0,7132	0,8997	0,2004	0,3915	0,2803	0,8082	0,4656

Annexe 6.3 : Réponses des médecins généralistes à la question 5 selon le statut tabagique (N=120)

Statut tabagique / Réponses aux questions	Ex-fumeurs (N=37)	Fumeurs (N=8)	Non-Fumeurs (N=74)	p (ANOVA test)
Je suis près de chez eux (N= 120)	5,14	3,12	5,64	0,3162
Je peux les recevoir rapidement (N=119)	5,62	2,88	5,74	0,1653
Ils ont confiance en moi (N=120)	7,24	6,38	7,46	0,4785
Un guide simple et pragmatique (N=116)	6,35	5,88	6,1	0,7847
Des ordonnances types (N=118)	4,19	3,38	4,28	0,8756
Un accès facilité aux soins spécialisés (N=119)	5,35	3,5	6,6	0,0170
Une formation en ligne (N=116)	4,5	5	5,14	0,6974
Une formation près de chez vous (N=116)	3,94	5,5	5,65	0,0648
Une formation en face à face au cabinet (N=116)	5,78	6,38	6,48	0,5529
Une valorisation financière (N=116)	4,5	6,75	5,31	0,1471
Leur demande d'aide (N=116)	7,06	5,5	7,57	0,0413

Annexe 7.1 : Réponses des médecins généralistes à la question 3, selon l'ancienneté d'exercice (ans) (N=121)

Réponses aux questions / Années d'exercice (ans)	Manque de temps (N=121)	Manque de formation (N=120)	Manque de ressources en proximité (N=120)	Sujet non prioritaire (N=121)	Absence de demande du patient (N=121)	Prise en charge peu efficace (N=119)	Absence de rémunération pour l'entretien (N=120)	Difficile d'aborder le sujet (N=120)	Refus du patient d'en parler (N=121)
[0 ; 10] (N=38)	5,13	4	3,46	2,03	4,61	3,89	1,11	1,3	5,95
[11;20] (N=21)	4,81	4,38	3,52	2,9	4,33	4,05	2,1	2	5,95
> 20 (N=63)	4,32	2,89	2,79	1,94	4,11	3,16	2,47	1,08	5,21
p(ANOVA Test)	0,5282	0,1769	0,5697	0,0973	0,7325	0,4393	0,0401	0,1657	0,3077

Annexe 7.2 : Réponses des médecins généralistes à la question 4 selon l'ancienneté d'exercice (ans) (N= 121)

Réponses aux questions / Années d'exercice (ans)	Ils n'ont pas le temps (N=119)	Ils ne savent pas que je peux les aider (N=119)	Ils n'ont pas envie d'arrêter (N=121)	Ils n'osent pas m'en parler (N=119)	Ils connaissent mal les aides (N=120)	Ils pensent que les aides ne marchent pas (N=120)	Ils ne pensent pas que c'est une maladie (N=120)	Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés (N=120)	Ils pensent pouvoir arrêter seuls (N=121)
[0 ; 10] (N=38)	4,73	3,11	8,05	4,57	6,16	6,18	6,61	4,76	5,55
[11;20] (N=21)	4,29	3,81	7,38	5,62	5,81	6,24	7,33	4,81	4,67
> 20 (N=63)	4,23	3,7	6,98	4,27	5,21	5,2	6,8	4,39	5,23
p(ANOVA Test)	0,8354	0,4757	0,1028	0,1604	0,2531	0,1641	0,7275	0,7210	0,3883

Annexe 7.3 : Réponses des médecins généralistes à la question 5 selon l'ancienneté d'exercice (ans) (N=120)

Années d'exercice (ans) / Réponses aux questions	[0 ; 10] (N=38)	[11 ; 20] (N=21)	> 20 (N=63)	p (ANOVA test)
Je suis près de chez eux (N= 120)	5,7	5,14	5,13	0,8336
Je peux les recevoir rapidement (N=119)	5,89	6,05	5,02	0,4137
Ils ont confiance en moi (N=120)	7,66	7,29	7,18	0,7586
Un guide simple et pragmatique (N=116)	6,69	5,76	5,92	0,5682
Des ordonnances types (N=118)	4,11	5,57	3,65	0,1902
Un accès facilité aux soins spécialisés (N=119)	6,67	6	5,63	0,3091
Une formation en ligne (N=116)	5,63	5,29	4,41	0,2456
Une formation près de chez vous (N=116)	6,26	5,48	4,31	0,0500
Une formation en face à face au cabinet (N=116)	7,06	6,43	5,72	0,2945
Une valorisation financière (N=116)	5,57	4,95	5,02	0,8808
Leur demande d'aide (N=116)	7,74	7,55	6,93	0,2639

Annexe 8.1 : Réponses des pharmaciens à la question 3 selon le sexe (N=88)

Réponses aux questions / sexe	Manque de temps (N=88)	Manque de formation (N=88)	Manque de ressources en proximité (N=88)	Sujet non prioritaire (N=87)	Absence de demande du patient (N=88)	Prise en charge peu efficace (N=87)	Absence de rémunération pour l'entretien (N=88)	Difficile d'aborder le sujet (N=87)	Refus du patient d'en parler (N=87)
Femme (N=61)	3,93	3,61	3,33	1,92	4,62	3,93	3,59	1,82	3,87
Homme (N=26)	3,23	2,81	3,81	2,23	4,12	4,12	3,73	2,38	4,31
p (ANOVA test)	0,4218	0,1156	0,9149	0,9674	0,2990	0,6115	0,8997	0,5194	0,8529

Annexe 8.2 : Réponses des pharmaciens à la question 4 selon le sexe (N=88)

Réponses aux questions / Sexe	Ils n'ont pas le temps (N=86)	Ils ne savent pas que je peux les aider (N=88)	Ils n'ont pas envie d'arrêter (N=88)	Ils n'osent pas m'en parler (N=87)	Ils connaissent mal les aides (N=87)	Ils pensent que les aides ne marchent pas (N=87)	Ils ne pensent pas que c'est une maladie (N=86)	Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés (N=88)	Ils pensent pouvoir arrêter seuls (N=88)
Femme (N=61)	5,74	4,74	7,2	4,77	6,51	6,31	7,1	5,43	6
Homme (N=26)	5,52	4,69	7,27	4,38	6,96	6,19	7,54	4,81	5,42
p (ANOVA test)	0,8271	0,8378	0,6545	0,3008	0,3332	0,7972	0,4121	0,4664	0,4990

Annexe 8.3 : Réponses des pharmaciens à la question 5 selon le sexe (N=87)

Sexe / Réponses aux questions	Femme (N=61)	Homme (N=26)	p (ANOVA test)
Je suis près de chez eux (N= 87)	7,98	8	0,8039
Je peux les recevoir rapidement (N=87)	8,93	8,38	0,4233
Ils ont confiance en moi (N=87)	8,47	8	0,2659
Un guide simple et pragmatique (N=87)	6,47	6,16	0,8213
Des ordonnances types (N=85)	4,28	3,44	0,6475
Un accès facilité aux soins spécialisés (N=83)	6,7	5,92	0,2524
Une formation en ligne (N=86)	6,33	5,2	0,1432
Une formation près de chez vous (N=86)	6,93	6,52	0,6075
Une formation en face à face au cabinet (N=85)	6,03	6,8	0,1833
Une valorisation financière (N=87)	7,1	6,12	0,2467
Leur demande d'aide (N=82)	8,4	7,4	0,1661

Annexe 9.1 : Réponses des pharmaciens à la question 3 selon le lieu d'exercice (N=88)

Réponses aux questions / Lieu d'exercice	Manque de temps (N=88)	Manque de formation (N=88)	Manque de ressources en proximité (N=88)	Sujet non prioritaire (N=87)	Absence de demande du patient (N=88)	Prise en charge peu efficace (N=87)	Absence de rémunération pour l'entretien (N=88)	Difficile d'aborder le sujet (N=87)	Refus du patient d'en parler (N=87)
Rural (N=32)	4	3,69	4,59	1,94	3,88	3,69	3,06	1,84	4,16
Semi-rural (N=21)	3,05	2,81	2,5	1,52	3,67	3,43	3	1,24	3,33
Urbain (N=35)	4	3,54	3,06	2,38	5,49	4,62	4,66	2,59	4,26
p (ANOVA test)	0,5633	0,3590	0,0051	0,5232	0,1751	0,8548	0,3863	0,6827	0,6444

Annexe 9.2 : Réponses des pharmaciens à la question 4 selon le lieu d'exercice (N=88)

Réponses aux questions / Lieu d'exercice	Ils n'ont pas le temps (N=86)	Ils ne savent pas que je peux les aider (N=88)	Ils n'ont pas envie d'arrêter (N=88)	Ils n'osent pas m'en parler (N=87)	Ils connaissent mal les aides (N=87)	Ils pensent que les aides ne marchent pas (N=87)	Ils ne pensent pas que c'est une maladie (N=86)	Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés (N=88)	Ils pensent pouvoir arrêter seuls (N=88)
Rural (N=32)	5,28	3,59	7,06	4,69	6,88	6,06	7,66	5,09	5,47
Semi-rural (N=21)	5,43	5,14	7,05	4,19	6,14	6,05	6,1	5,57	5,9
Urbain (N=35)	6,18	5,57	7,49	5,06	6,86	6,74	7,66	5,31	6,14
p (ANOVA test)	0,4876	0,1002	0,6324	0,8773	0,4939	0,4669	0,2983	0,8837	0,7266

Annexe 9.3 : Réponses des pharmaciens à la question 5 selon le lieu d'exercice (N=87)

Lieu d'exercice / Réponses aux questions	Rural (N=32)	Semi-rural (N=21)	Urbain (N=35)	p (ANOVA test)
Je suis près de chez eux (N= 87)	8,69	8,57	7	0,0041
Je peux les recevoir rapidement (N=87)	9,12	9,19	8,18	0,0071
Ils ont confiance en moi (N=87)	8,47	8,81	7,91	0,1145
Un guide simple et pragmatique (N=87)	6,5	6,29	6,31	0,9036
Des ordonnances types (N=85)	5,71	3,62	2,61	0,0135
Un accès facilité aux soins spécialisés (N=83)	7,13	6,57	5,85	0,0788
Une formation en ligne (N=86)	6	5,81	6,21	0,9100
Une formation près de chez vous (N=86)	6,31	7,29	7,06	0,4694
Une formation en face à face au cabinet (N=85)	5,31	6,67	7,06	0,1262
Une valorisation financière (N=87)	6,06	6,9	7,47	0,2079
Leur demande d'aide (N=82)	8,19	8,38	7,79	0,8590

Annexe 10.1 : Réponses des pharmaciens à la question 3 selon le statut tabagique (N=88)

Réponses aux questions / Statut tabagique	Manque de temps (N=88)	Manque de formation (N=88)	Manque de ressources en proximité (N=88)	Sujet non prioritaire (N=87)	Absence de demande du patient (N=88)	Prise en charge peu efficace (N=87)	Absence de rémunération pour l'entretien (N=88)	Difficile d'aborder le sujet (N=87)	Refus du patient d'en parler (N=87)
Ex-fumeurs (N=28)	3,82	3,43	3,21	1,82	4,39	4,29	3,79	1,79	4,32
Fumeurs (N=8)	4,38	4,12	5,14	2,12	5,12	6,75	2,38	2,38	3,62
Non-fumeurs (N=52)	3,65	3,31	3,42	2,1	4,4	3,39	3,83	2,04	3,88
p (ANOVA test)	0,5293	0,6018	0,0858	0,4554	0,9401	0,0090	0,4698	0,8039	0,7034

Annexe 10.2 : Réponses des pharmaciens à la question 4 selon le statut tabagique (N=88)

Réponses aux questions / Statut tabagique	Ils n'ont pas le temps (N=86)	Ils ne savent pas que je peux les aider (N=88)	Ils n'ont pas envie d'arrêter (N=88)	Ils n'osent pas m'en parler (N=87)	Ils connaissent mal les aides (N=87)	Ils pensent que les aides ne marchent pas (N=87)	Ils ne pensent pas que c'est une maladie (N=86)	Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés (N=88)	Ils pensent pouvoir arrêter seuls (N=88)
Ex-fumeurs (N=28)	5,39	3,86	7	4,11	6,46	6,11	7,43	4,5	5,04
Fumeurs (N=8)	8,5	4,38	6,88	4,12	8,38	5,38	5	6,38	7
Non-fumeurs (N=52)	5,37	5,29	7,4	5,13	6,56	6,6	7,56	5,56	6,1
p(ANOVA test)	0,1419	0,0931	0,6065	0,1707	0,2906	0,6699	0,4521	0,5244	0,1455

Annexe 10.3 : Réponses des pharmaciens à la question 5 selon le statut tabagique (N=87)

Statut tabagique / Réponses aux questions	Ex-fumeurs (N=28)	Fumeurs (N=8)	Non-Fumeurs (N=52)	p (ANOVA test)
Je suis près de chez eux (N= 87)	8,07	8,62	7,86	0,4706
Je peux les recevoir rapidement (N=87)	8,54	9,25	8,82	0,6405
Ils ont confiance en moi (N=87)	8	8,38	8,51	0,3307
Un guide simple et pragmatique (N=87)	6	6,62	6,54	0,5832
Des ordonnances types (N=85)	4,19	5,75	3,65	0,5547
Un accès facilité aux soins spécialisés (N=83)	5,78	8,62	6,53	0,0646
Une formation en ligne (N=86)	5,33	8,38	6,04	0,1474
Une formation près de chez vous (N=86)	7,11	5,5	6,9	0,4706
Une formation en face à face au cabinet (N=85)	7,81	5,38	5,67	0,0016
Une valorisation financière (N=87)	6,39	5,5	7,25	0,2648
Leur demande d'aide (N=82)	7,89	8,86	8,1	0,8595

Annexe 11.1 : Réponses des pharmaciens à la question 3 selon l'ancienneté d'exercice (ans) (N=88)

Réponses aux questions / Années d'exercice (ans)	Manque de temps (N=88)	Manque de formation (N=88)	Manque de ressources en proximité (N=88)	Sujet non prioritaire (N=87)	Absence de demande du patient (N=88)	Prise en charge peu efficace (N=87)	Absence de rémunération pour l'entretien (N=88)	Difficile d'aborder le sujet (N=87)	Refus du patient d'en parler (N=87)
[0;10] (N=21)	2,86	3,19	3,65	1,76	3,95	3,24	3,24	2,71	3,95
[11 ; 20] (N=29)	4,69	4,28	4,41	2,29	3,66	5,14	5	2	3,93
> 20 (N=38)	3,58	2,89	2,71	1,95	5,37	3,55	2,92	1,58	4,08
p (ANOVA test)	0,3625	0,6354	0,2188	0,7397	0,0132	0,1764	0,0832	0,0954	0,9872

Annexe 11.2 : Réponses des pharmaciens à la question 4 selon l'ancienneté d'exercice (ans) (N=88)

Réponses aux questions / Années d'exercice (ans)	Ils n'ont pas le temps (N=86)	Ils ne savent pas que je peux les aider (N=88)	Ils n'ont pas envie d'arrêter (N=88)	Ils n'osent pas m'en parler (N=87)	Ils connaissent mal les aides (N=87)	Ils pensent que les aides ne marchent pas (N=87)	Ils ne pensent pas que c'est une maladie (N=86)	Ils ne savent pas que les traitements sont remboursés (N=88)	Ils pensent pouvoir arrêter seuls (N=88)
[0 ; 10] (N=21)	6,81	5,05	6,57	4,86	6,57	6,29	6,9	6,95	5,38
[11;20] (N=29)	5,18	5,76	7,07	5,24	7,1	6,79	7,9	5,66	6,1
> 20 (N=38)	5,39	3,82	7,71	4,24	6,45	6	7,03	4,11	5,89
p(ANOVA test)	0,3414	0,1823	0,2509	0,4791	0,7497	0,5890	0,7744	0,0009	0,4963

Annexe 11.3 : Réponses des pharmaciens à la question 5 selon l'ancienneté d'exercice (ans) (N=87)

Années d'exercice (ans) / Réponses aux questions	[0 ; 10] (N=21)	[11 ; 20] (N=29)	> 20 (N=38)	p (ANOVA test)
Je suis près de chez eux (N= 87)	8,19	8,21	7,74	0,4327
Je peux les recevoir rapidement (N=87)	8,95	8,93	8,55	0,3919
Ils ont confiance en moi (N=87)	8,43	8,64	8,05	0,0218
Un guide simple et pragmatique (N=87)	6,76	6,26	6,24	0,7120
Des ordonnances types (N=85)	4,19	3,24	4,46	0,7384
Un accès facilité aux soins spécialisés (N=83)	6,33	7,04	6,16	0,6377
Une formation en ligne (N=86)	6,95	5,43	5,97	0,1362
Une formation près de chez vous (N=86)	7,52	7,68	5,81	0,0364
Une formation en face à face au cabinet (N=85)	6,67	6,5	5,97	0,8063
Une valorisation financière (N=87)	6,43	7,04	6,87	0,9091
Leur demande d'aide (N=82)	8,35	7,38	8,42	0,1666

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

RÉSUMÉ

Titre : Étude des freins et des leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine

Contexte : Une nouvelle organisation des soins intitulée Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T) se met en place « en ville » et en Nouvelle-Aquitaine. Il est important d'identifier les freins et les leviers à l'accompagnement des fumeurs par les professionnels de proximité, afin de construire une organisation adaptée à leurs besoins et à ceux des patients.

Méthode : une enquête d'opinion sur leurs pratiques a été réalisée auprès de 210 pharmaciens ou médecins généralistes. Cinq enquêteurs ont interrogé les participants sur 8 départements des 12 de Nouvelle-Aquitaine.

Résultats : L'absence de demande d'aide des fumeurs et le manque de temps sont les 2 freins principaux. Les médecins généralistes ajoutent le manque de formation et leur impression de faible efficacité des prises en charge. L'alliance thérapeutique est le levier majeur. Les pharmaciens ajoutent la proximité temporelle, humaine et géographique. Des différences significatives apparaissent selon les profils des soignants.

Discussion : Les L.A.S.T en proposant leur accompagnement, vont faciliter la demande d'aide des fumeurs auprès de leurs soignants. Des outils de médiation seront créés pour faciliter et optimiser les interactions entre professionnels et fumeurs. Rapprocher la solution du problème sera l'idéologie de cette nouvelle organisation.

Discipline : médecine générale

Mots-clés : Tabac / Fumeurs / Médecins généralistes / Pharmaciens / Organisation

Intitulé et Adresse de l'UFR : UFR des sciences médicales de l'Université de Bordeaux.

ABSTRACT

Title: Study of the barriers and motivators of general practitioners and pharmacists in support of smoking cessation in New Aquitaine

Introduction: A new health care structure named Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (L.A.S.T) (Places of Accompaniment towards Health without Tobacco) is under study "in town" in New Aquitaine. It is important to identify the brakes and levers involved in the support of smokers by local professionals, in order to build a health care structure adapted to their needs and those of patients.

Method: A survey was conducted among 210 pharmacists and general practitioners about their practices. Five questioners interviewed the participants in 8 of the 12 departments in New Aquitaine.

Results: The fact that smokers rarely ask for help and the lack of time are the two main obstacles. General practitioners also add the lack of training and their impression of low effectiveness of care. The therapeutic alliance is the major lever. Pharmacists add temporal, human and geographical proximity. Significant differences occur according to the profiles of caregivers.

Conclusion: The L.A.S.T, by offering their support, will facilitate the request for help from smokers to their carers. Mediation tools will be created to facilitate and optimize interactions between professionals and smokers. Bringing the solution where the problem is will be the goal of this new structure.

Discipline: General Medicine

Tags: Tobacco / Smokers / General Practitioners / Pharmacists / Structure

Title and Address of the UFR: Faculty of Medical Sciences of the University of Bordeaux.