



HAL
open science

Favoriser l'intégration de l'aide au sevrage tabagique dans le parcours de soins en cancérologie selon une approche de Promotion de la Santé : exemple d'un centre de lutte contre le cancer de Nouvelle-Aquitaine

Emma Martel

► To cite this version:

Emma Martel. Favoriser l'intégration de l'aide au sevrage tabagique dans le parcours de soins en cancérologie selon une approche de Promotion de la Santé : exemple d'un centre de lutte contre le cancer de Nouvelle-Aquitaine. Santé publique et épidémiologie. 2020. dumas-03160586

HAL Id: dumas-03160586

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03160586>

Submitted on 5 Mar 2021

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.

Master 2 Sciences, Technologies, Santé mention Santé Publique
parcours Promotion de la Santé orientation Développement Social

2019-2020

**Favoriser l'intégration de l'aide au sevrage tabagique
dans le parcours de soins en cancérologie selon une
approche de Promotion de la Santé : exemple d'un
centre de lutte contre le cancer de Nouvelle-Aquitaine**

Emma Martel

Stage réalisé du 2/03/2020 au 26/06/2020

Organisme d'accueil :

Institut Bergonié
Département PRISME

Maître de stage : Pr Simone Mathoulin-Pelissier

Coordonnateur médical à la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) et
département PRISME/prévention-santé publique

Tuteur de stage : Dr Marion Barrault-Couchouron

Psychologue clinicien chercheur, responsable du Groupe de recherche en SHS

Date de soutenance : 23 septembre 2020

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier le Pr Mathoulin-Pelissier pour m'avoir permis de réaliser ce stage de fin d'études au sein de l'équipe du PRISME à l'Institut Bergonié, ainsi que pour son accompagnement, ses conseils, et pour tous les savoirs transmis au cours de nos échanges.

Je remercie également ma tutrice de stage, Marion Barrault, pour sa disponibilité, sa bienveillance et ses encouragements durant ces plusieurs mois. Merci pour tous ces partages de connaissances, d'expérience, et également de me permettre de poursuivre notre collaboration sur des projets futurs, j'en suis sincèrement ravie.

Un grand merci à l'ensemble de l'équipe de l'unité Prev-Info pour leur accueil chaleureux et leur disponibilité pour chacune de mes questions. Merci Marine de m'avoir partagé tes riches expériences et ton engouement pour tous les projets déployés, je suis admirative de ta créativité sache-le ! Ce fut un réel plaisir de travailler à tes côtés, merci pour ta bonne humeur quotidienne et ta disponibilité. Un merci tout particulier à Marion également, qui a grandement contribué à la possibilité de réaliser des entretiens auprès de patients de l'Institut malgré les contraintes liées au confinement. Je t'en remercie très sincèrement.

Je tiens grandement à remercier les professionnels de santé ainsi que les patients pour leur temps accordé à la contribution de ce travail. Merci aux soignants pour leur intérêt manifesté pour le sujet, et pour avoir pris le temps de partager leur expérience dans un quotidien très chargé. Je suis aussi très reconnaissante envers les trois patients ayant accepté d'échanger sur ce sujet qui les renvoie pourtant inévitablement à une épreuve douloureuse de leur existence. Je suis très admirative de leurs capacités de résilience suite au dur combat qu'ils ont eu à mener.

Merci à Dorothee Quincy pour son aide concernant la recherche bibliographique.

Plus largement, je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique du Master 2 PROMS de l'ISPED pour la formation dispensée qui m'a permis de présenter ce travail aujourd'hui.

Enfin, merci à mes proches pour leur soutien perpétuel, leur écoute et leur réassurance, ainsi qu'à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à ce travail.

Sommaire

Remerciements.....	2
Liste des abréviations.....	7
Partie 1 – Rapport de stage.....	8
1 Choix du stage.....	8
2 Présentation de la structure.....	8
2.1 L’Institut Bergonié.....	8
2.1.1 Création de l’Institut Bergonié.....	8
2.1.2 Les missions de l’Institut.....	9
2.1.3 Fonctionnement.....	9
2.1.4 Les départements de l’Institut.....	9
2.2 Le département PRISME.....	9
2.2.1 L’unité Prev-Info.....	10
2.2.2 Objectifs stratégiques et activités générales.....	10
2.3 Positionnement de la structure vis-à-vis de la Promotion de la Santé.....	11
2.4 Missions de stage.....	12
2.5 Résultats.....	12
Partie 2 – Mémoire.....	13
1 Introduction.....	13
1.1 Le tabagisme en France.....	13
1.1.1 État des lieux en population générale.....	13
1.1.2 Motivations de l’usage.....	13
1.1.3 Conséquences du tabagisme sur la santé.....	14
1.1.4 Évolution des mesures préventives nationales.....	15

1.2	Le tabagisme chez les patients atteints de cancer.....	15
1.2.1	Inégalités sociales et cancer.....	16
1.2.2	Données épidémiologiques.....	16
1.2.3	Conséquences de l'usage du tabac durant le traitement du cancer.....	17
1.3	Recommandations et pratiques actuelles dans les services de cancérologie	17
1.3.1	Le temps de la maladie cancéreuse, un moment propice à l'arrêt du tabac.....	17
1.3.2	Recommandations.....	18
1.3.3	Constats réels	19
1.4	Orientation du mémoire	20
1.4.1	Questionnement.....	20
1.4.2	Objectifs.....	22
2	<i>Méthodologie de l'enquête</i>	22
2.1	Cadre de l'enquête.....	22
2.2	Population de l'enquête.....	23
2.2.1	Définition des populations	23
2.2.2	Sélection de l'échantillon	23
2.3	Mode de recueil des données envisagé	24
2.3.1	L'entretien semi-directif.....	24
2.4	Collecte des données	25
2.4.1	Élaboration des guides d'entretien.....	25
2.4.2	Analyse de l'enquête de terrain	26
3	<i>Résultats</i>	28
3.1	Description de l'échantillon d'étude	28
3.2	Résultats relatifs aux entretiens avec les professionnels de santé.....	29
3.2.1	Pratiques professionnelles relatives à l'aide au sevrage tabagique auprès des patients fumeurs.....	29
3.2.2	Perception de l'usage du tabac et de son arrêt dans un contexte de diagnostic de cancer	31
3.2.3	Positionnement professionnel sur le sujet.....	33

3.2.4	Connaissances et compétences perçues.....	35
3.2.5	Contexte institutionnel vis-à-vis du sujet et organisation de la prise en charge du sevrage tabagique dans l'établissement.....	36
3.2.6	Problèmes soulevés et pistes de réflexion suggérées.....	37
3.3	Résultats relatifs aux entretiens avec les patients	39
3.3.1	Tabagisme pré-cancer.....	39
3.3.2	Survenue du cancer	40
3.3.3	Évolution du tabagisme après le cancer.....	42
4	Discussion.....	46
4.1	Synthèse des résultats	46
4.2	Discussion des résultats	47
4.2.1	Comparaison avec la littérature	47
4.2.2	Forces de l'enquête	49
4.2.3	Limites de l'enquête	50
5	Préconisations.....	51
5.1	Promouvoir la santé au sein de l'Institut	52
5.1.1	Réorienter les missions des services de soins vers la promotion de la santé.....	52
5.1.2	Implications en pratique	52
5.2	Développer l'aide au sevrage tabagique dans les pratiques de soins en cancérologie comme moyen de contribuer à la promotion de la santé.....	53
5.2.1	La réorientation des services de santé vers la promotion de la santé via une démarche « Hôpital sans tabac »	54
5.2.2	Développer les ressources professionnelles pour favoriser l'intégration du sujet dans les pratiques	54
5.2.3	Développer l'acquisition d'aptitudes individuelles.....	55
5.3	Intégrer la recherche sur les déterminants de santé et les méthodes d'intervention	57
6	Conclusion	57
	Bibliographie	58
	Annexes.....	64

Annexe 1 : Schéma de l'organisation médicale de l'Institut Bergonié	64
Annexe 2 : Recommandations relatives à la marche à suivre pour les professionnels de santé du dépistage à la prise en charge de l'arrêt du tabac	65
Annexe 3 : Équations de recherche utilisées sur les différentes bases de données exploitées pour la recherche bibliographique et procédé de sélection et d'inclusion des références	66
Annexe 4 : Guide d'entretien individuel semi-directif à destination des professionnels de santé de l'Institut Bergonié.....	68
Annexe 5 : Guide d'entretien individuel semi-directif à destination des cadres de santé de l'Institut Bergonié.....	70
Annexe 6 : Guide d'entretien individuel semi-directif à destination des patients	72
Annexe 7 : Grille d'analyse thématique des entretiens individuels des professionnels de santé	74
Annexe 8 : Grille d'analyse thématique des entretiens individuels des patients.....	75
Annexe 9 : Tableaux descriptifs des caractéristiques des interviewés.....	76
Annexe 10 : Tableau synthétique des éléments traduisant l'évolution d'un établissement de santé à logique curative vers un établissement promoteur de santé	78

Liste des abréviations

AAP	Appel A Projet
ALD	Affection de Longue Durée
APA	Activité Physique Adaptée
ARS	Agence Régionale de Santé
CIM	Classification Internationale des Maladies
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CLS	Contrat Local de Santé
COREADD	Coordination Régionale Addictions
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
HAS	Haute Autorité de Santé
HPH	Hôpitaux Promoteurs de Santé
INCa	Institut National du Cancer
LSST	Lieu de Santé Sans Tabac
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PARC	Pôle Aquitain de Recours en Cancérologie
PPS	Prévention et Promotion de la Santé
PRISME	Prévention Promotion de la santé Informations Médicales Épidémiologie et environnement
PRS	Projet Régional de Santé
RESPADD	Réseau de Prévention des Addictions
SIRIC	Site de Recherche Intégrée sur le Cancer
SNS	Stratégie Nationale de Santé
URPS	Unions Régionales des Professionnels de Santé

Partie 1 – Rapport de stage

1 Choix du stage

Issue d'une formation d'infirmière, j'ai eu à cœur durant mes quatre années d'exercice d'accompagner, soutenir, conseiller et informer des personnes de tous âges et tous horizons. Ma pratique de soignante en oncologie pédiatrique a fortement contribué à mon cheminement vers la promotion de la santé. J'ai en effet eu progressivement l'envie et la volonté d'élargir ma vision du soin à une dimension plus globale, espérant pouvoir contribuer à lutter activement contre les injustices que je percevais au quotidien, injustices de la maladie grave et parfois évitable, injustices sociales, etc. J'ai pu côtoyer des situations de vie singulières, et parfois m'investir personnellement pour aider et faciliter l'accès aux soins à des familles vivant des événements de vie compliqués. La santé publique a pour moi été une révélation ; cette discipline m'a permis de prendre du recul et de la distance sur le cœur du soin, sur l'aspect curatif des pathologies et percevoir le système de santé dans un ensemble. La promotion de la santé a par la suite été une évidence tant elle m'a permis de mettre des mots sur ce que je percevais au quotidien et m'a donné des pistes afin d'agir en faveur de ces fameuses « injustices » que j'ai par la suite pu nommer « inégalités ».

Le cancer constitue au 21^{ème} Siècle un problème de santé publique majeur, source de nombreuses recherches pluridisciplinaires et interventions au sein des milieux de vie. Un certain nombre d'entre eux pourraient être évités en agissant sur des facteurs de risque modifiables. Ayant pu côtoyer de nombreuses facettes de cette maladie au cours de mes expériences professionnelles, je reste convaincue que nous pouvons en tant que professionnels de Promotion de la Santé agir à de multiples niveaux en faveur de cette lutte. J'ai ainsi voulu donner un sens fort à mon diplôme de fin d'études en me donnant les moyens d'intégrer un établissement que j'affectionne particulièrement pour sa renommée dans le champ de la cancérologie et pour ses actions au sens large sur cette thématique : l'Institut Bergonié à Bordeaux.

2 Présentation de la structure

2.1 L'Institut Bergonié

2.1.1 Création de l'Institut Bergonié

L'Institut Bergonié est le premier centre de cancérologie créé en Province, en 1923. L'établissement tient son nom d'un médecin français, spécialiste de cancérologie, qui est l'un des fondateurs des centres de lutte contre le cancer en France : le Pr Jean-Alban Bergonié (1).

Depuis sa création, l'Institut Bergonié contribue au progrès médical et à la recherche au niveau international en matière de prévention, de dépistage et de traitement du cancer (1).

Depuis 2016, il constitue le pôle régional de référence en cancérologie de la Nouvelle-Aquitaine, avec le CHU de Bordeaux, avec qui l'Institut fonctionne sous forme de collaboration. Cette association s'est formalisée sous la forme d'un Groupement de Coopération Sanitaire nommé « Pôle Aquitain de Recours en Cancérologie » (GCS « PARC ») (1). Cela sous-entend que les objectifs médicaux de l'Institut Bergonié et du CHU de Bordeaux doivent être cohérents entre eux et complémentaires avec ceux des établissements de santé de la région assurant des prises en charge auprès de patients atteints de cancer, et que l'Institut se doit d'assurer une mission de recours et d'expertise pour les situations médicales complexes (1).

2.1.2 Les missions de l'Institut

L'Institut Bergonié est le Centre régional de Lutte Contre le Cancer (CLCC) de la Nouvelle-Aquitaine (1). A l'image des 17 autres CLCC, membres du groupe Unicancer, l'Institut Bergonié est chargé d'une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement.

La mission de soins permet une prise en charge multidisciplinaire des patients atteints de cancer, avec une capacité d'accueil de 190 lits (1). La mission recherche recouvre des activités de recherche clinique (essais cliniques de phase précoce) labellisées par l'Institut National du Cancer (INCa) ; des activités de recherche intégrée SIRIC BRIO, en collaboration avec d'autres équipes et institutions de recherche de la région ; une unité INSERM ACTION U1218 relative à l'oncogénèse et aux cibles thérapeutiques ; et différentes structures de recherche associées : équipe INSERM « Épidémiologie des cancers et expositions environnementales » (Epicene), ou bien encore le groupe Sciences Humaines et Sociales qui travaille en collaboration avec l'Université de Bordeaux et le Centre Émile Durkheim (CNRS UMR5116) et qui s'investit particulièrement dans la méditation de pleine conscience. Enfin, la mission enseignement fonctionne en lien avec l'UFR Sciences Médicales et le Collège Sciences de la Santé de l'Université de Bordeaux pour assurer l'accueil et la formation de professionnels de santé essentiellement (1).

2.1.3 Fonctionnement

Tous les CLCC du groupe Unicancer en France sont des établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), participant au service hospitalier (1).

L'Institut Bergonié dispose de différentes instances de gouvernance :

- Un Conseil d'Administration (CA),
- Une Direction Générale (DG),
- Une Conférence Médicale (CM), qui est consultée sur la politique médicale de l'établissement, les prévisions annuelles d'activités et le règlement intérieur de l'établissement.
- Un Comité d'Entreprise (CE), avec trois collègues : employés, non cadres, cadres ; ainsi que des représentants syndicaux. Deux élus du CE siègent au CA.

Au 31 décembre 2018, l'Institut Bergonié se compose de 984 salariés, dont 144 médecins, 365 soignants, 215 personnels médico-techniques, 174 personnels de direction et administratifs et 86 personnels techniques et ouvriers.

2.1.4 Les départements de l'Institut

L'organisation médicale de l'établissement se présente en plusieurs pôles supervisés par différents comités de direction. Nous retrouvons 7 pôles de soins, un pôle de consultations et un pôle de prévention et santé publique, nommé PRISME.

L'annexe 1 présente un organigramme de l'organisation médicale tirée du rapport d'activités 2019 de l'établissement.

2.2 Le département PRISME

Mon stage se déroule au sein du département Prévention Promotion de la santé Informations Médicales Épidémiologie et environnement (PRISME), et plus particulièrement dans l'unité Prev-

Info. Créé le 3 juin 2019 et représenté par le Pr Simone Mathoulin-Pelissier, Professeure de santé publique et d'épidémiologie, sa conception repose sur un contrat socle signé entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'Institut Bergonié le 9 janvier 2019, pour une durée initiale de 5 ans. Ce contrat se fonde sur la déclinaison des orientations du Projet Régional de Santé (PRS), et plus particulièrement les axes 1 et 5, à savoir (2):

- Amplifier les actions sur les déterminants de santé et la promotion de la santé,
- Soutenir et amplifier l'innovation au service de la qualité et de l'efficacité du système de santé.

Le département se compose de 3 unités :

- L'unité Prev-info : prévention, promotion de la santé, information, supervisée par un cadre socio-éducatif,
- L'unité d'informations médicales, supervisée par le Dr Anne Jaffré
- Le Registre des Hémopathies, supervisée par le Dr Alain Monnereau

2.2.1 L'unité Prev-Info

Tout comme le département PRISME, l'unité Prev-info a été créée récemment et se compose d'une Professeure de santé publique et d'épidémiologie, un cadre socio-éducatif, une chargée de projets prévention, des psychologues et des professionnels des soins de support : diététiciennes, kinésithérapeutes, enseignant d'Activité Physique Adaptée (APA) et assistances sociales¹.

L'unité Prev-info associe par ailleurs tous les départements de l'Institut Bergonié dans ses projets dans le but de favoriser une coordination interne de chaque professionnel promoteur de santé (1) et garantit une articulation avec l'ensemble des partenaires du territoire pour s'assurer de la cohérence des actions, mais aussi pour leur proposer un soutien dans les projets qu'ils développent respectivement. Les partenaires sont variés et couvrent un champ large du maillage territorial : acteurs du Contrat Local de Santé (CLS), Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), Ligue contre le cancer Gironde, CHU de Nouvelle-Aquitaine, associations (RESPADD, COREADD Nouvelle-Aquitaine, etc.), institutions, collectivités territoriales et services publics régionaux essentiellement.

La principale mission de l'unité est de « [...] développer des programmes d'actions de prévention et d'éducation pour la santé et de relayer les informations des campagnes nationales de prévention en santé et les recommandations de santé publique » (1). Les actions de prévention et promotion de la santé menées par l'équipe se trouvent en cohérence avec les besoins du territoire et ont pour objectif de sensibiliser les individus intra-muros et hors les murs et promouvoir des comportements favorables à la santé.

2.2.2 Objectifs stratégiques et activités générales

Plusieurs objectifs stratégiques ont été définis et ont ainsi permis la déclinaison de 21 actions de prévention menées au sein de l'établissement et hors les murs sur la période d'avril à décembre 2019. Ces objectifs s'orientent d'une part en faveur d'une ouverture de l'établissement vers une

¹ « Les « soins de support » sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie : prise en compte de la douleur et de la fatigue, problèmes nutritionnels, etc. Ils concernent également les difficultés sociales, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle et l'accompagnement de fin de vie (3).

vision populationnelle, complémentaire de la vision centrée sur le patient. Par ailleurs, les objectifs de l'unité tendent vers une culture de gestion des risques, une réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé, la promotion de comportements favorables à la santé autour de thématiques prioritaires de santé publique, une dénormalisation de l'alcool et du tabac, une sensibilisation et information des individus à l'exposition aux risques, et vers une connaissance des facteurs de risque auxquels chacun est exposé tout au long de la vie.

Les actions réalisées depuis la création de l'unité ont permis d'agir en faveur des objectifs fixés et ont porté sur des thématiques variées. Ainsi, se sont tenues au cours des huit premiers mois des actions intra-muros et hors les murs et ont porté notamment sur :

- Une enquête interne sur le taux de couverture vaccinale des salariés suivie d'une campagne de vaccination contre la grippe saisonnière ;
- 2 expositions, sur les thèmes de l'alimentation et de la vaccination ;
- 3 initiations à l'APA ;
- 1 mois d'Octobre rose ;
- 1 journée d'échanges sur la nutrition.

Hors les murs ont été réalisés :

- Un atelier prévention autour des addictions, de l'activité physique et de l'alimentation auprès de 60 jeunes, par le biais du service sanitaires des étudiants en santé ;
- Des conférences

De nombreux projets sont parallèlement en cours d'élaboration tels qu'un parcours santé et la mise en place « d'1 mois 1 sport », un escape game sur le tabac co-porté avec la Ligue contre le cancer, le « Apibus – Bergo'Tour » avec 21 jours d'action, initialement de mars à octobre 2020, dans les 21 quartiers prioritaires de Bordeaux métropole, et les journées mondiales de prévention.

2.3 Positionnement de la structure vis-à-vis de la Promotion de la Santé

Malgré une orientation actuelle des missions de l'unité en faveur d'une approche centrée sur la prévention et l'information, nous pouvons relever une réelle volonté d'élargir le champ d'action à une approche plus large agissant sur un ensemble de déterminants de santé.

La vision d'établissement de lutte contre le cancer se ressent particulièrement au sein du second axe portant sur le relais d'informations des campagnes nationales de prévention en santé et des recommandations de santé publique avec la volonté massive d'agir sur les facteurs de risque avérés au travers de thématiques qui s'y rattachent fortement (dépistage, vaccination, exposition aux UV). Cela souligne le fait que ces actions n'agissent pas prioritairement sur :

- Les milieux de vie, le contexte et le système global ;
- Les dynamiques sociales ;
- Ou bien encore sur le développement chez les individus de facteurs protecteurs de la santé (confiance en soi, capacité à gérer son stress et pouvoir d'agir par exemple), tels que définis de manière conceptuelle dans les documents fondateurs de la Promotion de la Santé (4).

D'autre part, l'équipe est particulièrement récente et a privilégié une majorité d'actions « flashes » pour lancer la dynamique. Les professionnels de santé interviennent pour le moment sur des actions ponctuelles sur la base du volontariat. Le point qui semble intéressant dans ce contexte est que cela permet d'avoir une vision pluridisciplinaire d'une situation et ainsi d'en avoir une compréhension

globale pour mener des interventions concertées et adaptées à la complexité de la réalité. Cependant, se pose la question de la disponibilité des soignants à cet effet.

Les premiers dépôts d'appels à projets (AAP) s'enchainent et vont par la suite permettre de mettre en œuvre des interventions structurées, impliquant de multiples acteurs et privilégiant une évaluation conséquente.

La promotion de la santé va ainsi se développer progressivement. Le champ d'action sur les déterminants de la santé reste limité actuellement bien que le renforcement des partenariats et les AAP commencent à élargir ce champ vers la Promotion de la Santé. Une forte volonté de sensibiliser les professionnels de santé de l'établissement à cette ouverture vers le champ de la PPS est perçue et contribue à rendre progressivement les établissements de santé promoteurs de santé.

2.4 Missions de stage

Les missions de mon stage se trouvent en lien avec une étude ayant obtenu un double financement, avec une partie projet et une partie recherche. Ce projet d'étude est coordonné par le Dr Marion Barrault, psychologue spécialisée en addictologie et chercheuse en Sciences Humaines et Sociales (SHS) et porte sur la mise en place d'un dispositif de repérage systématique du statut tabagique des patients hospitalisés en service ambulatoire oncologique (chirurgie et médecine) et d'accompagnement au sevrage, en alternance entre les professionnels de santé de l'Institut Bergonié et le médecin généraliste.

La partie « projet », financée par l'ARS, porte sur le déploiement de ce dispositif Ville-Hôpital de prise en charge tabacologique des patients atteints de cancer en Nouvelle-Aquitaine, coordonné avec le médecin généraliste. La partie recherche, financée par l'INCa, porte sur l'étude pilote nommée PROSE-CAN qui vise à évaluer la viabilité de ce programme d'accompagnement au sevrage tabagique.

Dans ce cadre, il m'a été confié la préparation des outils et supports à destination des patients et des professionnels en collaboration avec un partenaire du projet : la Coordination Régionale Addictions (COREADD). Également, la réalisation d'une enquête qualitative auprès des professionnels de santé de l'Institut Bergonié durant la phase de pré-déploiement de l'étude. Enfin, un focus sur la partie évaluative du projet en coordination avec l'équipe du service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention du CHU de Bordeaux, deuxième partenaire du projet.

Cependant, les mesures sanitaires prises suite à la pandémie de Covid-19 ont impacté le déroulement du stage, et plus largement le projet PROSE-CAN. Le projet a été provisoirement suspendu et le stage s'est déroulé en télétravail. Les missions se sont recentrées autour de l'enquête qualitative, participant à l'étude de la viabilité du dispositif.

2.5 Résultats

Ce stage, malgré sa tournure inédite, m'a permis de développer des capacités d'adaptation et d'autonomie majeures. Il m'a appris une autre manière de travailler, en mobilisant des outils innovants permettant des échanges sociaux malgré la barrière physique imposée par le confinement. La réalisation d'une enquête qualitative en amont du déploiement du projet m'a permis de recueillir les besoins réels de la population ciblée, ce qui semble fondamental en tant que future professionnelle de santé publique. Plus largement, ce stage m'a permis de mettre en œuvre de nombreuses compétences acquises grâce à la formation au cours de ces deux dernières années, ce qui n'a fait que renforcer ma volonté d'œuvrer en faveur de la promotion de la santé.

Partie 2 – Mémoire

1 Introduction

Enjeu de santé publique majeur en France et dans le monde, le tabac constitue un déterminant de santé fortement avéré depuis de nombreuses années. Plusieurs stratégies de prévention ont été déployées en France au travers des lois de santé, des plans gouvernementaux et plans cancer mais la prévalence du tabagisme reste élevée et sa consommation est associée à de multiples conséquences néfastes pour l'individu et son entourage.

1.1 Le tabagisme en France

1.1.1 État des lieux en population générale

Malgré une baisse de la consommation enregistrée depuis 2017 (5), la prévalence du tabagisme en France reste à un niveau plus élevé que dans les pays d'Europe de l'Ouest, avec environ un tiers de la population de fumeurs (6). Cette proportion varie selon l'âge, le sexe, les régions, ou bien encore le niveau de vie (6).

En 2018, 32% de la population française âgée de 18 à 75 ans déclare fumer, dont 25,4% quotidiennement avec une consommation moyenne de 13 cigarettes par jour (5). La proportion de fumeurs la plus élevée se situe au niveau de la tranche d'âge des 26-34 ans malgré le fait que les taux entre 18 et 44 ans varient peu. Une baisse progressive de la proportion de fumeurs s'observe après 44 ans (7).

Le sexe est également une caractéristique individuelle qui constitue un déterminant important des comportements tabagiques (8). Les hommes fument davantage que les femmes mais l'écart se réduit au fil des années (6) : en 2018, 28,2% des hommes et 22,9% des femmes déclarent fumer quotidiennement (5).

Le tabagisme en France est par ailleurs marqueur d'inégalités sociales avec des différences de consommation selon le niveau d'éducation. En 2018, 19,4% des personnes les plus diplômées fument quotidiennement contre 28,2% dans le reste de la population (6). Les peu ou pas diplômés présentent la prévalence du tabagisme la plus élevée (8). Pour illustration, on relève une part de fumeurs quotidiens deux fois plus importante chez les ouvriers (37,8%) que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (8). Par ailleurs, des différences significatives demeurent selon le revenu : plus le revenu augmente, moins la prévalence du tabagisme quotidien est élevée (6). Ces constats s'illustrent avec, en 2018, une prévalence du tabagisme quotidien s'élevant à 39,9% parmi les chômeurs, 19,5% parmi les étudiants et 28% parmi les actifs (6).

Enfin, des inégalités régionales sont notables avec une variation du tabagisme quotidien comprise en 21,3% et 32,1% selon les régions françaises (6). En 2017, la région Nouvelle-Aquitaine présentait une prévalence de 28,1% de fumeurs quotidiens, ce qui ne la distingue ni favorablement ni défavorablement par rapport aux autres régions (9). Les régions PACA, Hauts-de-France, Occitanie et Grand-Est sont quant à elles les plus touchées.

1.1.2 Motivations de l'usage

A ce jour, les disparités sociales du tabagisme sont bien connues. Toutefois, une part importante de la variabilité interindividuelle de la tendance à fumer demeure floue. Plusieurs hypothèses sont actuellement avancées dans la littérature telle que l'évolution des individus dans des contextes sociaux différents (8). En ce sens, l'étude des groupes, que ce soit des groupes d'amis ou des individus vivant dans un même quartier, révèle en général une concordance entre les individus

socialement connectés (8). Ainsi, à l'adolescence tout particulièrement, l'influence des pairs est prépondérante dans les pratiques de consommations telles que celle du tabac, dont la dimension de « rite de passage » est particulièrement marquée. D'autre part, des analyses ont révélé des « effets quartier » vis-à-vis des pratiques tabagiques, en démontrant que la probabilité de fumer est liée au quartier d'appartenance, pour des individus présentant des caractéristiques individuelles similaires (8). Enfin, l'importance du contexte familial est soulignée, que ce soit du point de vue de la structure du ménage ou bien encore du niveau de revenus. Par exemple, la présence d'enfants dans le foyer tend à réduire la tendance à fumer (8).

Les motivations de l'usage sont largement documentées chez les adolescents : expérimentation, plaisir de ressentir des sensations agréables, recherche de convivialité, remède d'un mal-être, fuite des réalités, ou bien encore besoin de la substance pour pallier à des symptômes de sevrage ou à une souffrance psychique (10). C'est principalement au cours de cette période que la consommation de ces substances débute (11). Chez l'individu adulte, l'usage du tabac s'apparente davantage à un comportement acquis, renforcé par un processus de dépendance pharmacologique à la nicotine contenue dans les cigarettes. Comme tout autre type de dépendance, l'addiction est un processus chronique qui évolue sur plusieurs années et nécessite un accompagnement par un professionnel et un suivi prolongé (12). A l'image de toute autre addiction, le tabagisme résulte de la combinaison de trois facteurs (12):

- Des facteurs socio-culturels, économiques et environnementaux ;
- D'une substance ayant un effet psychoactif : la nicotine ;
- Et de la vulnérabilité psychologique individuelle.

Tous ces facteurs doivent être considérés dans la lutte contre le tabagisme. L'action sur les facteurs socio-culturels relève des politiques publiques mises en œuvre de manière active depuis plusieurs années et doivent se compléter d'actions individuelles d'aide à l'arrêt du tabac qui prennent en compte les effets psychoactifs de la nicotine et le rôle de la vulnérabilité psychologique (12). En effet, tous les individus ne sont pas égaux face au risque de débiter et de poursuivre l'usage du tabac, ainsi que d'en devenir dépendants. Comme toute addiction, le phénomène de dépendance échappe à la raison et à la volonté (12) et l'arrêt de son usage ne relève pas d'une question de volonté, quel que soit le niveau de consommation (13). En ce sens, « [...] l'approche du fumeur est donc différente des soins traditionnels [...] : plus qu'un traitement, il s'agit d'une aide que tout professionnel de santé doit pouvoir apporter à un sujet confronté à un problème de tabagisme. (12) »

Ainsi, malgré le fait que le tabac constitue un facteur de risque statistiquement avéré dans la survenue du cancer, il n'en demeure pas moins que le fait de fumer est fortement lié à des déterminants individuels et contextuels qui doivent être considérés dans toute intervention en santé publique.

1.1.3 Conséquences du tabagisme sur la santé

Constituant la première cause de mortalité évitable, de mortalité par cancer et de décès prématurés, le tabagisme est une cause majeure de maladies (14). Responsable d'un décès sur huit en France, 75 000 décès sont estimés en 2015 comme étant attribuables au tabagisme. Par ailleurs, un fumeur régulier sur deux en moyenne décède des conséquences de son tabagisme (15).

De nombreuses maladies sont liées ou bien sont aggravées par le tabac. Parmi celles-ci, un cancer sur trois est attribué à cette cause (15). Certains types de cancer, tel que le cancer du poumon, ont un lien plus fort avec le tabagisme que d'autres (16). Ainsi, hormis le cancer du poumon, lié au

tabagisme actif dans 80 à 90% des cas, d'autres cancers sont attribuables au tabac tels que les cancers ORL, le cancer du pancréas, les cancers rénaux, de la vessie et de l'utérus. Au total, il a été démontré que le tabac augmente les risques de cancer pour 17 localisations différentes (17).

Des différences selon le genre s'observent aussi d'un point de vue des conséquences du tabagisme puisque, secondairement à l'augmentation majeure de la prévalence du tabagisme chez les femmes au cours des trente dernières années, se sont observées une augmentation significative et une précocité inhabituelle de toutes les maladies cardiovasculaires chez celles-ci de type infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux et pathologies aortiques (18).

1.1.4 Évolution des mesures préventives nationales

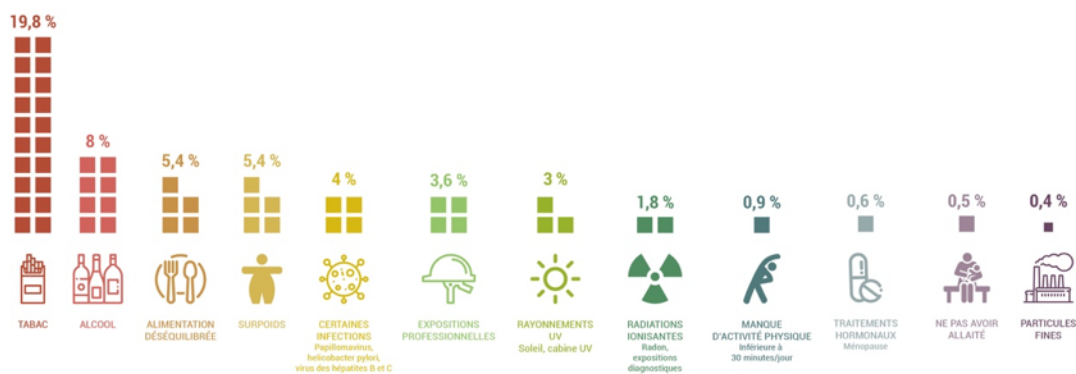
Des mesures fortes ont été engagées en France au cours de ces dernières années pour lutter contre le tabagisme : hausse du prix du tabac, remboursement des substituts nicotiques, stratégie de marketing social avec l'instauration du paquet neutre et du pictogramme « femme enceinte » sur les paquets par exemple, interdiction de fumer dans les lieux publics et les aires de jeux pour enfants, interdiction des arômes et additifs, déploiement d'un programme national de lutte contre le tabac (19). Un fond de prévention du tabagisme a également été créé au sein de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) et contribue au financement d'actions locales, nationales et internationales en cohérence avec le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) (20). Différents appels à projets relatifs au plan d'actions sont organisés chaque année, dont celui de l'INCa ayant une dimension de recherche et d'intervention pour réduire et lutter contre le tabagisme, notamment dans le cadre de la cancérologie (20).

Plusieurs grandes lois de santé publique se sont succédées depuis la loi Veil en 1976, premier grand texte visant la lutte contre les méfaits du tabagisme, amenant aujourd'hui la France à l'instauration des mesures fortes citées ci-dessus. Parallèlement, la prévention du tabagisme est également examinée par le biais de plans gouvernementaux et de plans cancers depuis le premier en 2003. Le dernier en date est le Programme National de Lutte contre le Tabagisme 2018-2022, constituant la suite et l'amplification du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, qui a pour objectif de protéger en priorité les jeunes, lutter contre les inégalités sociales en soutenant les personnes les plus vulnérables et accompagner les femmes, et tout particulièrement les femmes enceintes. Ce programme repose sur 28 actions à déployer au cours des cinq prochaines années (19).

1.2 Le tabagisme chez les patients atteints de cancer

Malgré une baisse de la mortalité par cancer du fait d'un dépistage précoce et de progrès thérapeutiques majeurs notamment, le taux d'incidence du cancer a augmenté au cours des trente dernières années. En 2017, 3,8 millions de personnes sont atteintes d'un cancer en France. Des causes multiples interviennent dans la survenue de cette maladie, liées à des facteurs internes et externes, mais le tabac constitue le premier facteur de risque en termes de proportion de cancers attribués à cette cause. En effet, il serait à l'origine de 19,8% des cancers et responsable de 30% des décès par cancer en France (21,22). La figure 1 ci-après présente la proportion des cancers attribuables aux principaux facteurs de risque, dont le tabac.

Figure 1 – Proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risque. Source : INCa (21)



Au-delà de l'impact du tabac dans la survenue du cancer, la poursuite de son usage durant le traitement de la maladie présente des conséquences néfastes sur de multiples plans.

1.2.1 Inégalités sociales et cancer

Les inégalités sociales en matière de cancer sont particulièrement marquées en France. Elles constituent une préoccupation prioritaire du Plan Cancer déployé depuis 2002 puisqu'elles en structurent l'ensemble des mesures (23). Cette priorisation repose sur deux constats prégnants : l'existence d'un gradient social face à la santé, avec une espérance de vie diminuée et un moins bon état de santé chez les catégories socio-économiques défavorisées et des différences dans l'accès et la qualité des soins (23). Différents facteurs sont susceptibles d'agir sur ces inégalités : exposition à des facteurs de risque environnementaux (professionnels et domestiques) et comportementaux tout au long de la vie, conditions du repérage du cancer et stade de la maladie au diagnostic, et modalités de prise en charge par exemple (23). Ces causes intervenant pour partie en amont de la prise en charge médicale du cancer, révèlent un échec corrélatif de la prévention de cette maladie (23). Bien que le sujet soit complexe car relevant de causes multifactorielles, une réduction des niveaux d'exposition à certains facteurs de risque permettrait de réduire ces inégalités, et tout particulièrement pour les catégories sociales défavorisées (24). Pour exemple, chez les hommes, de fortes inégalités sociales de mortalité par cancer sont observées, et tout particulièrement pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) et du poumon (25). Ce constat s'explique notamment par des consommations de tabac et/ou d'alcool inégalement distribuées socialement et représentant deux facteurs de risque majeurs de ces cancers (25). Chez les femmes, ces inégalités sont moins distinctes mais sont observables pour les cancers de l'utérus, estomac et poumon (25).

Ces données font écho à la résistance particulièrement forte des fumeurs pauvres à la lutte anti-tabac, révélée par une étude menée auprès de fumeurs en situation de précarité. Celle-ci témoigne du fait que ces fumeurs dépourvus d'argent, de loisirs, et souvent seuls, vivent ancrés dans un quotidien sans perspective d'avenir, et la cigarette représente généralement l'un des derniers plaisirs de l'existence, un moyen de soulager momentanément les tensions, et une façon de compenser un lien social fragilisé (26).

1.2.2 Données épidémiologiques

L'incidence du tabagisme est élevée chez les patients atteints de cancer en France : 20% d'entre eux fument au moment du diagnostic, toutes localisations confondues, et plus des deux tiers poursuivent l'usage du tabac malgré la prise en charge thérapeutique de leur maladie. Ce constat

est particulièrement marqué chez les patients dont le cancer ne présente pas de lien étiologique avec le tabac (13).

La proportion d'arrêt suite à un diagnostic de cancer est très variable selon la localisation de la maladie. D'après l'étude VICAN 2 réalisée en 2014 par l'INCA et portant sur les conditions de vie des personnes atteintes d'un cancer (27), 63% des patients continuent de fumer après un diagnostic. Par ailleurs, une hétérogénéité importante de cette proportion est notable selon la localisation du cancer (13).

1.2.3 Conséquences de l'usage du tabac durant le traitement du cancer

En population générale, l'enjeu de l'arrêt du tabac repose principalement sur la réduction des risques de morbidités associées au tabagisme, telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et les cancers notamment (13). Tout arrêt est bénéfique, quel que soit l'âge et le profil tabagique de l'individu, malgré le fait que la durée du tabagisme prédispose davantage à un risque de survenue de cancer du poumon que la quantité fumée (13). En effet, une consommation faible en quantité mais qui perdure dans le temps représente un véritable danger (21).

Dans le contexte des cancers, outre son rôle de puissant facteur de risque dans la survenue de la maladie, la consommation de tabac dégrade l'état de santé et augmente la mortalité des patients traités (13). Plus spécifiquement, les effets relevés dans la littérature évoquent une réduction des chances de survie à court et long terme. Ainsi, l'arrêt du tabac permet d'améliorer le pronostic et réduit le risque de survenue de seconds cancers primitifs (13). D'autre part, le tabagisme augmente les effets secondaires des traitements, favorise les complications péri-opératoires, altère la réponse à la radiothérapie, augmente le risque de récurrence de cancer des fumeurs en rémission, et diminue la qualité de vie (13,16). En outre, les conséquences liées au tabagisme viennent s'ajouter aux situations complexes vécues par les patients et peuvent aggraver des symptômes déjà présents tels que l'anxiété et la dépression.

En ce sens, les recommandations appuient fortement l'intégration de l'arrêt du tabac comme partie intégrante de la prise en charge et du traitement des cancers, quels qu'en soient la localisation et le stade (29). Cette démarche est primordiale pour améliorer le pronostic de la maladie, mais aussi favoriser le bien-être et la qualité de vie physique et psychique des patients (28).

1.3 Recommandations et pratiques actuelles dans les services de cancérologie

1.3.1 Le temps de la maladie cancéreuse, un moment propice à l'arrêt du tabac

Le temps de la maladie cancéreuse constitue un moment propice à l'arrêt du tabac puisque les fumeurs déclarent être plus motivés à arrêter de fumer après le diagnostic de la maladie que la population générale (30). Il s'agit là d'une réelle fenêtre d'opportunité au cours de laquelle les professionnels de santé peuvent intervenir et aider les patients dans la démarche d'arrêt. En effet, de nombreux patients souhaitent arrêter de fumer après un diagnostic de cancer ; et 80% d'entre eux sont plus susceptibles d'arrêter s'ils obtiennent l'aide d'un professionnel de santé (31).

L'enquête VICAN2 (« La vie deux ans après un diagnostic de cancer »), menée en France en 2012 auprès de 4 349 patients atteints de cancers de plus de 13 localisations différentes, permet d'illustrer ce constat puisqu'elle met en évidence une proportion importante de patients arrêtant de fumer après l'annonce d'un cancer : 37% des fumeurs actifs au moment du diagnostic ont arrêté l'usage deux ans après (13). Des taux d'abandon du tabac relativement similaires ont été retrouvés grâce à une étude prospective publiée en 2017 et menée au sein de centres de cancérologie aux États-Unis, qui a révélé que les patients ayant reçu un diagnostic de cancer avaient un taux d'abandon du tabac

plus élevé après 2 et 4 ans (respectivement 31% et 43%) que les fumeurs n'ayant pas reçu de diagnostic de cancer (qui présentaient quant à eux des taux respectifs de 20% et 34%) (32).

Une étude qualitative récente menée au Royaume-Uni auprès de patients ayant subi une intervention chirurgicale pour un cancer du poumon et ayant des antécédents de tabagisme souligne également l'intérêt manifesté des patients pour le sevrage. Tous les participants ont estimé qu'il était important que les soignants traitent le problème du tabagisme et certains ont souhaité une aide au sevrage malgré le fait que celle-ci ne soit pas souvent fournie (33).

Il a par ailleurs été démontré que plus le programme d'arrêt est mis en place rapidement après le diagnostic de la maladie, plus le patient a de chances d'arrêter (13). Ainsi, si une aide au sevrage tabagique est proposée au moment du diagnostic, alors le taux d'arrêt du tabac est plus important. Ces données confortent le point de vue des patients qui souhaitent que l'aide commence le plus tôt possible et se poursuive pendant les premières semaines qui suivent le retour au domicile après l'hospitalisation (34). Toutefois, la nuance réside dans le fait que les patients se trouvent souvent prêts et motivés à arrêter mais ne sont pas disposés à demander de l'aide dans cette démarche (34). Enfin, une relation entre l'intensité de la prise en charge (sous-entendu la durée de celle-ci et le nombre de contacts avec des professionnels) et le taux d'abstinence a pu être mise en évidence (13).

Il est important de noter que cette fenêtre d'opportunité prévaut tout au long du traitement du cancer, jusqu'à la phase de rémission, car de nombreux patients continuent de fumer après le diagnostic d'un cancer, ou bien recommencent à fumer après une tentative initiale d'arrêt (35) (36).

1.3.2 Recommandations

De nombreuses recommandations en faveur de la systématisation de l'accompagnement au sevrage tabagique dans le contexte cancérologique ont été émises aux niveaux national et international.

En France, le Plan Cancer 2014-2019 inscrit cet objectif dans ses actions et évoque cette systématisation comme étant « [...] un nouvel élément de la prise en charge en cancérologie appelant à une amélioration des pratiques cliniques et une implication plus forte de l'ensemble des soignants et des établissements. (13) » Cette recommandation est également portée par la Haute Autorité de santé (HAS), l'American Society for Cancer Oncology, l'American Association for Cancer Research et le National Comprehensive Cancer Network (13).

Les mesures annoncées suggèrent une sensibilisation et une mobilisation des acteurs de la prise en charge des patients atteints de cancer (oncologues, infirmiers, médecins généralistes et équipes soignantes dans leur ensemble) sur la thématique, en vue de rendre l'accompagnement au sevrage tabagique systématique (29). Ainsi, le rôle de l'équipe soignante exerçant en cancérologie est de promouvoir une démarche de sevrage en créant des conditions favorables à sa mise en œuvre, et en s'assurant du relais et du suivi de la démarche par un professionnel de santé dédié (médecin traitant ou tabacologue par exemple) (13). De plus, en vue d'en assurer une prise en charge efficace, il est nécessaire que l'équipe soignante intègre des techniques ayant prouvé leur efficacité (13).

De manière concrète, ces recommandations fortes suggèrent l'intégration d'interventions de repérage précoce et d'arrêt systématique du tabac durant les traitements du cancer indépendamment de la localisation ou du stade de la maladie (37–40). Cette prise en charge du sevrage tabagique repose sur une approche multimodale comprenant des stratégies de motivation et de thérapie comportementale (*counseling*), une pharmacothérapie, et un suivi régulier et

rapproché si nécessaire (39). Ainsi, il semble important qu'une collaboration pluridisciplinaire coordonnée soit créée afin de répondre aux besoins spécifiques des patients (41) et de ce fait faciliter la dispensation de soins complets de sevrage tabagique adaptés au contexte de la maladie cancéreuse (42).

Afin de faciliter cette mise en œuvre, la HAS a émis des recommandations en 2014 relatives à l'arrêt de la consommation de tabac adaptées à la spécificité des patients atteints de cancer. Ainsi, cette autorité publique scientifique préconise (41):

- Le repérage systématique de la consommation de tabac dès le diagnostic et son suivi à tous les temps de la prise en charge ;
- La délivrance d'un conseil d'arrêt ayant fait la preuve de son efficacité ;
- L'assurance qu'un accompagnement au sevrage soit proposé et que la consommation de tabac soit suivie régulièrement.

En pratique, tout professionnel de santé devrait s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac auprès des patients dont il prend soin. Il est recommandé que tous les patients soient systématiquement interrogés sur leur consommation de tabac et que leur statut tabagique soit renseigné régulièrement dans le dossier de soins. Le test de dépendance à la cigarette de Fagerström, complété par des critères de dépendance présentés dans la Classification internationale des maladies (CIM), est préconisé pour évaluer la consommation et la dépendance à la cigarette. Les co-consommations doivent également être évaluées. Le conseil d'arrêt, qui consiste pour un professionnel de santé à indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer, doit être délivré à chaque patient fumeur, quelle que soit la forme du tabac utilisée, et des conseils et un soutien pour arrêter doivent être proposés (41).

Les principes généraux de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac reposent sur un accompagnement par un professionnel de santé permettant un soutien psychologique et un traitement médicamenteux associé si nécessaire afin de soulager les symptômes de sevrage, diminuer l'envie de fumer et prévenir le risque de rechute (41). Si un patient ne souhaite pas bénéficier de l'aide d'un professionnel de santé pour arrêter de fumer, d'autres moyens peuvent lui être proposés tels qu'un soutien téléphonique ou des outils d'auto-support. Enfin, une couverture médicale intégrale des frais liés à la prise en charge de l'arrêt de la consommation est recommandée mais en population générale est limitée à un forfait de 150€ par an et par assuré, et concerne le remboursement des substituts nicotiques prescrits (41,43). Cependant, pour les personnes en affection de longue durée (ALD), comme tel est le cas pour les patients traités pour un cancer, une prise en charge à 100% des substituts nicotiques est assurée (43). L'annexe 2 présente les recommandations relatives à la marche à suivre pour les professionnels de santé, du dépistage à la prise en charge de l'arrêt du tabac.

Ainsi, le fait d'intégrer une démarche de prévention dans le parcours de soins en cancérologie et de renforcer l'adhésion des patients aux conseils de prévention qui leur sont dispensés figure comme un nouvel enjeu de la prise en charge personnalisée en cancérologie qui, au-delà de la diminution de l'incidence du cancer, vise à réduire ses risques de morbidité et de mortalité sur le long terme (29).

1.3.3 Constats réels

Cependant, l'aide au sevrage tabagique est actuellement insuffisamment intégrée dans le parcours de soins et ne répond pas complètement aux besoins des patients touchés par le cancer (44). Malgré les données existantes suggérant la faisabilité et les bénéfices de ces interventions d'aide au sevrage tabagique dans les pratiques de soins, les professionnels de santé ne les appliquent pas

systématiquement (45). En effet, de nombreuses études ont montré que les professionnels de santé reconnaissent l'importance de l'arrêt du tabac comme étant un élément essentiel dans la prise en soin du patient mais l'investissent pourtant peu en pratique (28,46). Généralement, la plupart des professionnels interrogent la consommation de tabac du patient lors de la première visite (13,47–49) et conseillent aux fumeurs actifs d'arrêter (47–51) mais sont beaucoup moins nombreux à évaluer, aider et organiser une aide au sevrage tabagique (33,47,51). En effet, deux études internationales menées auprès de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des soins du cancer ont révélé que moins de la moitié d'entre eux proposaient ou orientaient de manière systématique les patients vers un soutien à l'arrêt du tabac (33,48).

En France, l'INCa a publié en 2014 une enquête sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé intervenant en cancérologie qui a permis de mettre en exergue le fait que, selon leur profession, environ 80% des soignants interrogés déclarent aborder le sujet de la consommation tabagique avec leurs patients et 90% estiment que parler de ce sujet fait partie de leur rôle. Cependant, les entretiens en face-à-face menés auprès des patients révèlent un manque de prise de parole de la part des professionnels de santé sur le sujet, et notamment pour les patients dont le cancer n'est pas directement lié au tabac. Par ailleurs, lorsque le sujet est abordé, les patients le perçoivent de manière superficielle, avec un discours « [...] *simpliste et non spécifique vis-à-vis de l'impact que le tabac peut avoir sur la prise en charge du cancer (13)* » (13,50). Les patients perçoivent en général un manque de soutien, d'écoute, d'accompagnement, d'empathie ou de suivi individualisé de la part des professionnels de santé à ce sujet (13).

Ainsi, cela renvoie au fait qu'il semblerait qu'il y ait un décalage entre l'importance portée par les professionnels de santé au sujet du sevrage tabagique dans le contexte cancérologique et la faiblesse de leur implication perçue par les patients sur cette thématique (13). En effet, de manière parallèle, plusieurs études mettent en évidence l'impact perçu par les professionnels de santé du tabagisme sur l'évolution du cancer et l'importance manifestée de considérer ce sujet comme faisant partie intégrante du traitement de la maladie cancéreuse (47,49,52) mais nombreux sont les professionnels à déplorer un manque de formation à ce sujet (47,49). Or, les données disponibles montrent également que la formation des professionnels à l'aide au sevrage tabagique augmente les chances de succès de la prise en charge (41) et les dernières recommandations émises par la HAS préconisent que « [...] *soient formés au dépistage individuel et à l'arrêt de la consommation du tabac tous les professionnels de santé [...] (41)* »

1.4 Orientation du mémoire

1.4.1 Questionnement

1.4.1.1 *La place de la promotion de la santé dans la question de l'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer*

En 1986, la Charte d'Ottawa a permis d'affirmer les grands principes de la Promotion de la Santé en la définissant comme étant « [...] *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci (53)* ». La promotion de la santé est un des piliers de la santé publique et se réfère à la définition globale et positive de la santé composant un des principes de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (54)* ».

La Promotion de la Santé répond ainsi à une logique d'intervention reposant sur une approche globale visant un ensemble de déterminants de la santé des individus et des populations sur lesquels il est possible d'agir : facteurs liés au style de vie personnel, intégrés dans des interactions sociales

et dans un environnement physique, économique, culturel et politique. La problématique du tabagisme illustre l'importance d'agir globalement sur les conditions de vie physiques et sociales des individus. En effet, nous pouvons observer des comportements en santé hétérogènes selon la situation des individus. Le tabagisme, comme nous l'avons vu précédemment, est fortement marqueur d'inégalités sociales avec des différences de consommation selon le niveau d'éducation et de revenus, concernant défavorablement les individus les moins instruits et présentant les revenus les plus bas. Ainsi, des dimensions sociales sont clairement mises en évidence dans les conduites à risques. Ces comportements individuels ne relèvent pas seulement de la responsabilité individuelle mais d'un contexte social plus large : les sans-emplois par exemple sont touchés par une surconsommation, par rapport aux actifs, de tabac, d'alcool, ou de cannabis et une sur-représentation des comportements addictifs face à la dépression, l'angoisse et les pensées suicidaires. En conséquence, les personnes sujettes à des conditions de vie sociales et matérielles défavorables sont plus vulnérables car elles souffrent d'un haut niveau de stress physiologique et psychologique, ce qui va provoquer des réactions de lutte ou de fuites à l'image de l'adoption de comportements nocifs pour la santé, tel que le tabagisme. Ces individus se trouvent dans une logique de fragilisation sociale, ce qui va avoir des conséquences sur le plan physique avec un affaiblissement de la résistance aux maladies, et sur le plan psychologique.

Ces éléments soulignent la nécessité d'agir tôt et tout au long de la vie car les Inégalités Sociales de Santé (ISS) constituent un processus qui débute dès l'enfance, voire même avant la naissance à travers les inégalités de condition d'existence des parents, et se poursuivent tout au long de la vie avec des déterminants variés qui s'accumulent et s'enchainent. La Promotion de la Santé prend alors tout son sens en permettant de « [...] renforcer les capacités des personnes [...] mais aussi [...] modifier les conditions sociales, environnementales, politiques et économiques, de manière à réduire leur incidence sur la santé publique et la santé individuelle (55). »

Or, nous nous trouvons ici dans un contexte de survenue de la maladie grave. Ainsi, bien que la question du tabagisme dans ce cas relève principalement de la prévention secondaire, qui vise par définition à « [...] stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie par le dépistage précoce et un traitement approprié, ou à réduire le risque de rechute et de chronicité (56) », la Promotion de la Santé, au vu de son processus d'action, semble être une discipline pertinente. En effet, en proposant des stratégies d'intervention reposant sur une approche basée sur les milieux de vie en santé, la discipline intègre fortement les établissements de santé dans des missions d'information et d'éducation pour la santé auprès des patients notamment. Depuis vingt ans, l'OMS a élaboré des principes visant à encourager les pratiques promotrices de santé au sein des établissements de soins. L'idée sous-tendue porte sur le fait que tout établissement qui développe ce concept maximise les gains en santé pour le patient et ses proches, mais aussi pour le personnel et la population en général (57). En France, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) de 2009 définit clairement cette mission en intégrant la prévention et la promotion de la santé dans la prise en charge sanitaire des individus. Les hôpitaux promoteurs de santé s'ouvrent ainsi à une vision élargie de la santé, ne répondent plus uniquement à une logique curative, et intègrent un des principes de la Charte d'Ottawa portant sur la réorientation des services de santé vers plus de promotion de la santé. D'autre part, le « document jaune », qui constitue un des documents fondateurs de la discipline, souligne l'importance du rôle des professionnels de santé dans le développement et pour rendre possible la mise en œuvre de la promotion de la santé (58). Ainsi, le fait de promouvoir l'arrêt du tabac dans le contexte de prise en charge d'un patient atteint de cancer présente non seulement des bénéfices à court terme durant le traitement de la maladie, mais intègre également une perspective holistique de la santé en percevant l'individu dans son contexte et en optimisant sa réinsertion après la maladie vers une vie plus saine, favorisant un bien-être global.

1.4.1.2 Construction du questionnaire

Le sujet, et progressivement le questionnaire de ce mémoire, s'est élaboré à partir de plusieurs éléments. D'une part, celui-ci se trouve en lien avec le sujet de ma mission de stage portant sur la mise en œuvre d'un dispositif de repérage systématique du statut tabagique des patients hospitalisés en service ambulatoire oncologique et d'accompagnement au sevrage, en alternance entre les professionnels de santé de l'Institut Bergonié et le médecin généraliste. D'autre part, les raisons qui ont alimenté ce choix se trouvent en lien à la fois avec des échanges informels avec des professionnels de l'équipe, qui m'ont permis de percevoir des lacunes vis-à-vis de l'investissement de cette thématique dans les pratiques courantes au sein de l'établissement au regard des recommandations nationales et internationales, et avec la littérature sur laquelle je me suis appuyée pour cheminer vers un questionnaire. Ces dernières appuyant la systématisation de cet accompagnement au sevrage dans les pratiques courantes, il m'a semblé intéressant, au vu de l'ensemble de ces éléments, d'investir la promotion de la santé comme moyen d'améliorer cette situation dans un établissement dont une des ambitions est d'intégrer la promotion de la santé dans ses stratégies d'intervention. Le questionnaire de ce travail peut ainsi se résumer selon la formulation suivante : « *En quoi une approche de promotion de la santé peut-elle permettre de favoriser l'intégration de l'aide au sevrage tabagique dans le parcours de soins en cancérologie ?* »

1.4.2 Objectifs

L'objectif général de ce travail vise à déterminer les modalités d'action de promotion de la santé permettant de favoriser l'intégration de l'aide au sevrage tabagique dans le parcours de soins en cancérologie.

Cet objectif général se décline en trois objectifs spécifiques :

- Identifier les déterminants du recours à l'aide au sevrage tabagique dans les pratiques de soins en cancérologie ;
- Identifier les déterminants du sevrage tabagique chez les patients atteints de cancer ;
- Identifier les modalités d'amélioration de la situation selon une approche de promotion de la santé.

L'ensemble de ces objectifs spécifiques vont ainsi permettre de repérer les freins et les leviers au fait de proposer et assurer un suivi de l'aide à l'arrêt du tabac dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de cancer ; repérer ceux relatifs au fait de recourir au sevrage tabagique du point de vue des patients, pour à l'issue proposer des préconisations visant à promouvoir le sevrage tabagique de manière systématique et accompagnée dans le temps durant le parcours de soins des patients en cancérologie.

2 Méthodologie de l'enquête

2.1 Cadre de l'enquête

Avant toute construction de l'enquête de terrain, une revue préalable de la littérature relative aux déterminants du recours au sevrage tabagique du point de vue des professionnels de santé mais également des patients a été réalisée sur quatre bases de données et complétée par de la littérature grise. L'annexe 3 présente les équations de recherche utilisées sur les différentes bases de données exploitées pour la recherche bibliographique ainsi que le procédé de sélection et d'inclusion des références. Les résultats de cette synthèse ont permis d'une part d'approfondir l'imprégnation du

sujet, de construire les outils de recueil de données envisagés, et également de nourrir l'analyse des données qualitatives recueillies.

Le terme « déterminants » désigne dans le cadre de ce travail les freins et les leviers au fait de proposer une aide au sevrage tabagique pour les professionnels de santé, et ceux au fait de recourir au sevrage tabagique pour les patients. Selon l'OMS, les déterminants constituent des « *facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations (56)* ». Il peut ainsi s'agir « [...] *d'un évènement, d'une caractéristique ou de toute autre entité définissable, qui provoque un changement de l'état de santé ou d'une caractéristique définie (59)* ». Ainsi, ces facteurs peuvent être individuels ou systémiques et constituent un des concepts-clés sur lequel repose le principe de l'intervention en santé. Dans cette logique, il paraît primordial d'identifier ces déterminants afin de repérer des leviers sur lesquels agir et ainsi influencer positivement sur l'état de santé des individus concernés. Par ce biais, nous allons à la fois identifier les causes liées à la difficulté de proposer et assurer un suivi de la démarche d'arrêt du tabac dans le contexte de soins d'un cancer, les éléments que l'on va pouvoir modifier pour provoquer un changement positif, et enfin structurer des moyens d'action adaptés et acceptables par l'ensemble des parties concernées par le sujet.

2.2 Population de l'enquête

2.2.1 Définition des populations

Dans le cadre de cette étude, deux populations-cibles ont été déterminées, à savoir des professionnels de santé exerçant en cancérologie et des patients atteints d'un cancer et fumeurs au moment du diagnostic. Le choix de ces deux populations relève de la volonté d'avoir une vision d'ensemble du sujet, de croiser les points de vue des différentes parties concernées par la démarche d'arrêt du tabac dans ce contexte spécifique, afin de permettre d'élaborer des modalités d'actions efficaces.

2.2.2 Sélection de l'échantillon

Dans le but d'avoir un aperçu concret des pratiques actuelles de recours au sevrage tabagique dans le cadre du traitement d'un cancer et de proposer des pistes d'amélioration contextualisées de la situation, il a été choisi de mener l'enquête de terrain au sein d'un unique CLCC, à savoir l'Institut Bergonié. A plus long terme, cela peut ainsi permettre d'en tester l'efficacité et envisager une transférabilité de ces mesures dans un autre contexte de soins cancérologiques.

2.2.2.1 Sélection des professionnels de santé

Les pratiques de soins recouvrent un champ vaste de professions de santé constituant une équipe pluridisciplinaire au service des patients. Ainsi, afin d'avoir un aperçu global des pratiques, de l'organisation et des perceptions vis-à-vis du sevrage tabagique dans l'établissement, des professionnels issus de plusieurs corps de métiers ont été sollicités pour participer à l'enquête de terrain.

A cet effet, au total, 13 professionnels exerçant au sein de l'Institut Bergonié ont été contactés par courriel. Concernant le champ médical, 3 médecins oncologues, 4 chirurgiens oncologues et 1 anesthésiste ont été contactés pour participer. Du côté du champ paramédical, 1 infirmière coordinatrice de parcours et 1 infirmière d'annonce ont été sollicitées. Enfin, d'un point de vue management et organisation, 3 cadres de santé ont été contactés.

Chaque professionnel contacté a été d'une part sélectionné au regard des profils des participants retrouvés au sein des références conservées lors de la revue de littérature, et d'autre part suite aux différents échanges ayant eu lieu lors des réunions d'équipe qui ont permis d'alimenter ces choix de participation. Le but principal qui a orienté ces différents choix a été la représentation large et diversifiée de la question au sein de l'établissement. Ainsi, aucune restriction d'inclusion liée à l'expérience professionnelle dans l'Institut notamment n'a été opérée. Toutefois, les professionnels déjà particulièrement investis sur la thématique du tabac n'ont volontairement pas été contactés.

2.2.2.2 *Sélection des patients*

Les patients contactés dans le cadre de cette enquête ont été ciblés selon plusieurs critères d'inclusion. Ces derniers devaient être suivis à l'Institut Bergonié dans le cadre du traitement et du suivi de leur cancer et être fumeurs au moment du diagnostic. Par ailleurs, tous types de cancers ont été envisagés dans le cadre de cette étude. Les principaux critères d'exclusion ont porté sur l'âge (moins de 18 ans) et sur les cancers en phase palliative.

Les patients ont été invités à participer à l'enquête par le biais de deux psychologues de l'équipe qui les rencontrent en consultation de suivi d'addictologie. Ce recours de sélection a permis d'identifier directement des patients concernés par une consommation tabagique avérée tout en ayant connaissance de la maladie traitée (type et stade de cancer). Dans l'idéal, il a été souhaité que l'échantillon de patients soit homogène en termes de sexe et qu'il soit constitué d'au moins un patient suivi pour un cancer primitif et un autre suite à une récurrence.

Au total, 6 patients ont été sollicités dans le cadre de leur consultation. S'en sont suivis des échanges de courriels avec les patients ayant exprimé leur accord, leur présentant plus en détail le contexte et les modalités de l'enquête avant de fixer un entretien à cet effet.

2.3 **Mode de recueil des données envisagé**

Dans le cadre de ce travail, le choix s'est naturellement porté vers des méthodes qualitatives puisqu'il s'agit d'appréhender le ressenti, les perceptions et les expériences vécues vis-à-vis du sujet de la consommation tabagique et de la démarche d'arrêt dans un contexte que l'on pourrait qualifier de sensible au vu des connotations que produit la maladie cancéreuse dans l'esprit de chacun. Grâce à ces méthodes, la diversité des points de vue autour d'une même réalité sociale est recherchée (60). Cela va permettre d'accéder à une richesse des données collectées contribuant à la compréhension du sujet étudié, et ce de manière plus profonde. Au-delà de la description du phénomène étudié, les méthodes qualitatives vont permettre d'obtenir des explications plus significatives à celui-ci (61). D'autre part, afin de pouvoir proposer des moyens d'actions efficaces, il semble important de capter les réalités de terrain propres à l'établissement étudié, comprendre son mode d'organisation et la place qu'y occupent la prévention et la promotion de la santé. Toutefois, des contraintes liées à la crise sanitaire majeure qu'a rencontrée la France et le monde entier face à la propagation de la COVID-19 ont limité les possibilités de méthodes de recueil. Il a donc été choisi de réaliser exclusivement des entretiens semi-directifs auprès des deux populations ciblées par l'étude. Cette méthode permet ainsi de poser un regard interactionniste sur le sujet étudié, qui va privilégier l'action et l'interaction entre individus (60).

2.3.1 **L'entretien semi-directif**

La technique d'entretien semi-directif est couramment utilisée et particulièrement adaptée pour explorer un sujet peu connu ou que l'on souhaite approfondir. Dans ce contexte, et principalement

concernant les professionnels de santé, elle va permettre d'étudier, d'une part, le sens que ceux-ci donnent à leurs pratiques et la lecture qu'ils vont faire de leurs expériences vis-à-vis du sujet, et d'autre part, la problématique identifiée dans le cadre de ce mémoire par les systèmes de relations qui se jouent notamment dans la relation soignant-soigné. Ces entretiens vont permettre de traiter le sujet étudié dans sa globalité, ce qui va assurer la formulation de préconisations adaptées à la diversité des points de vue et des situations exprimés.

L'élaboration rigoureuse d'un guide d'entretien en amont va toutefois permettre de centrer le discours de la personne interviewée grâce à différentes thématiques préalablement définies. Ainsi, cette technique va à la fois laisser libre cours à l'expression du point de vue et du vécu de l'enquêté sur le sujet, et pouvoir rassembler les différents propos sous formes de thèmes communs. Ceci dans le but d'identifier les différents obstacles et leviers sur lesquels pouvoir agir afin d'améliorer la situation repérée tout en respectant les besoins exprimés par chacun.

2.4 Collecte des données

2.4.1 Élaboration des guides d'entretien

Plusieurs guides d'entretien ont été élaborés en amont selon les différents profils des personnes interviewées. Au total, trois guides ont été constitués : un à destination des professionnels médicaux et paramédicaux travaillant directement au contact des patients, un autre à destination des cadres de santé dans la mesure où les missions de ce corps de métier portent davantage sur un aspect managérial et organisationnel, et enfin un à destination des patients.

L'élaboration de ces guides d'entretien a fortement reposé sur la revue de littérature réalisée en amont qui a permis de catégoriser différents freins et leviers au fait d'intégrer une démarche de sevrage tabagique au cours du parcours de soins en cancérologie selon la perspective des professionnels de santé ou des patients. A cela s'est ajouté le souhait personnel de développer davantage certains aspects nécessaires à la formulation de préconisations dans le contexte spécifique étudié.

2.4.1.1 Élaboration des guides d'entretien à destination des professionnels de santé

- Professionnels médicaux et paramédicaux

Le guide à l'intention des professionnels de santé au contact régulier de patients dans le cadre de leur domaine d'intervention se compose de cinq thèmes principaux :

- Les pratiques professionnelles vis-à-vis de l'accompagnement au sevrage tabagique ;
- Le sevrage tabagique dans l'établissement (place du sujet et organisation de la prise en charge) ;
- Avis, perceptions, et posture vis-à-vis de l'arrêt du tabac dans le contexte cancérologique ;
- Tabagisme personnel ;
- Suggestions d'amélioration de la situation.

Chaque thème est également composé de plusieurs sous-catégories pour des relances éventuelles sur un thème donné. L'annexe 4 présente ce support.

- Cadres de santé

Le support spécifique à l'intention des entretiens individuels semi-directifs menés auprès des cadres de santé comporte quant à lui six thèmes principaux :

- Organisation de la prise en charge du sevrage tabagique dans l'établissement ;
- Place du sujet dans l'établissement ;
- Posture vis-à-vis du sujet ;
- Perception de la prévention au sens large ;
- Tabagisme personnel ;
- Suggestions d'amélioration.

Présenté en annexe 5, il suit par ailleurs la même logique que le guide précédemment présenté.

2.4.1.2 Élaboration du guide d'entretien à destination des patients

Le guide d'entretien réalisé en vue des interviews auprès des patients suit un ordre chronologique depuis le début de la consommation de tabac jusqu'à la phase post-diagnostic du cancer. Il se compose de quatre thèmes principaux accompagnés chacun d'une question de transition et déclinés également en sous-catégories à explorer. Présenté en annexe 6, les quatre thèmes abordés sont les suivants :

- Tabagisme pré-cancer ;
- Survenue du cancer, vécu et expérience associés ;
- Tabagisme post-diagnostic de cancer et soutien perçu pour une démarche d'arrêt du tabac ;
- Besoins et suggestions d'amélioration.

2.4.1.3 Déroulé, enregistrement et conservation des données

Les entretiens individuels se sont déroulés soit par visiophonie via le logiciel « Zoom » soit par téléphone. Ce mode de déroulé a été fortement contraint par le contexte sanitaire lié à la pandémie de COVID-19 qui n'a pas permis de réaliser les entretiens en face-à-face comme cela avait été idéalement envisagé.

Un accord oral systématique d'enregistrement audio de l'entretien a été requis auprès des personnes interviewées suite à la garantie explicite de la part de l'enquêteur de l'anonymat des données dans l'écrit final de ce travail. Cet accord a également reposé sur une information claire des modalités de stockage des données et de la date de destruction des enregistrements suite au rendu de la décision finale du jury après la soutenance orale. Dans le cas des entretiens réalisés en visiophonie, l'enregistrement a été réalisé à la fois via l'option d'enregistrement automatique permise par le logiciel et à la fois via un téléphone personnel afin de faciliter une retranscription fidèle des échanges ayant eu lieu et dans le but d'utiliser certains verbatims pour illustrer les résultats de l'enquête qui seront présentés dans la suite de ce travail. Dans le cas des entretiens téléphoniques, une tablette numérique personnelle a été utilisée aux mêmes fins.

Les données ont été stockées sur le disque dur d'un ordinateur personnel étant donné que le stage s'est intégralement réalisé en télétravail et n'ont à aucun moment transité sur un cloud.

2.4.2 Analyse de l'enquête de terrain

Une analyse de contenu thématique a été privilégiée dans le cadre de ce travail. Cette technique renvoie au fait de réaliser une transformation de l'ensemble des verbatims recueillis au cours des entretiens individuels en une analyse organisée en thèmes et sous-thèmes communs. Ce type d'analyse consiste en un « [...] *décodage de l'information apportée par les entretiens (60).* »

A cet effet, à l'issue de la réalisation de l'ensemble des entretiens semi-directifs prévus dans le cadre de l'enquête, un code anonyme a été attribué à chaque participant afin de respecter l'anonymat des données recueillies. Par la suite, chaque entretien a été retranscrit dans son intégralité, sans recours à un logiciel spécifique. La retranscription intégrale a permis d'intégrer l'ensemble des propos des participants interviewés dans l'analyse.

2.4.2.1 *Analyse des données relatives aux professionnels de santé*

2.4.2.1.1 Définition des thématiques et du codage associé

A la suite de la retranscription de chaque entretien, l'ensemble des verbatims a été relu plusieurs fois afin d'en dégager les thèmes principaux et les idées les plus récurrentes. A l'issue de ces relectures, une grille d'analyse présentant la liste des différents thèmes abordés a été constituée. Celle-ci s'est basée sur les guides d'entretiens construits au préalable, mais s'est précisée selon les thèmes réellement abordés au cours des échanges. Un code universel a été attribué à chacune de ces grandes thématiques de la manière suivante :

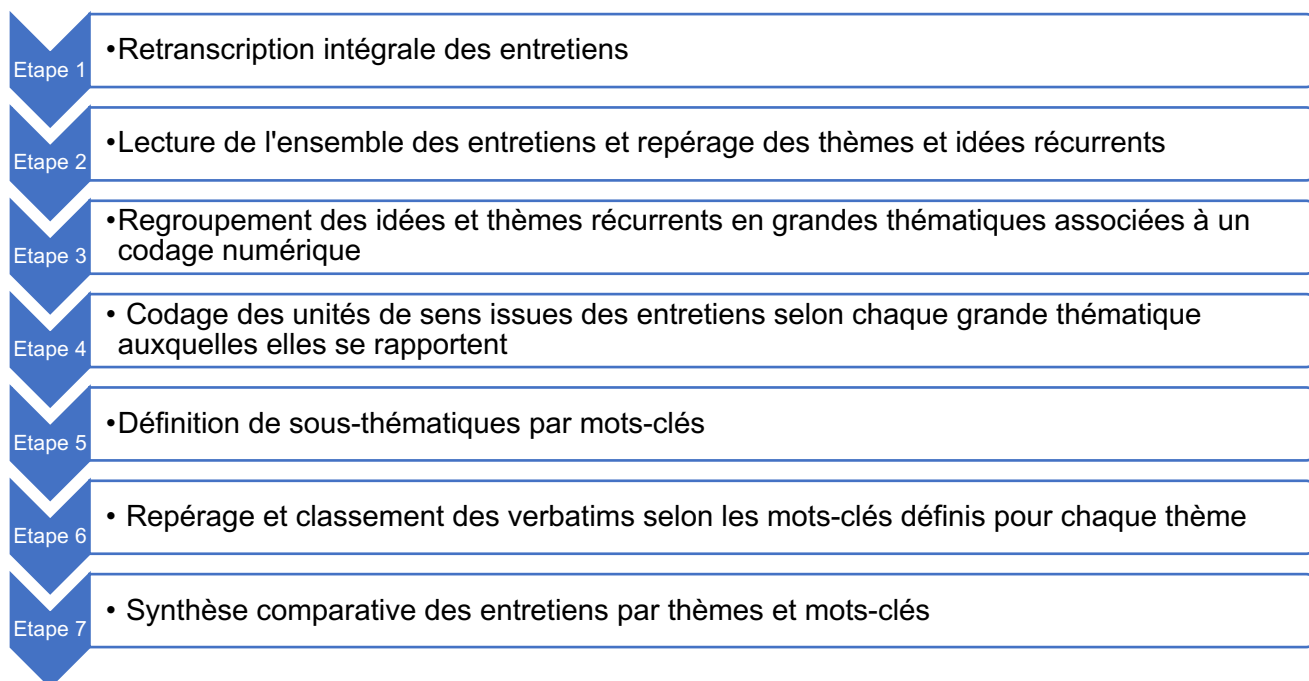
- **1** = Pratiques professionnelles vis-à-vis de l'aide au sevrage tabagique auprès des patients fumeurs
- **2** = Perception de l'usage du tabac chez les patients et de son arrêt dans un contexte de diagnostic de cancer
- **3** = Positionnement professionnel sur le sujet
- **4** = Connaissances et compétences perçues
- **5** = Contexte institutionnel vis-à-vis du sujet et organisation de la prise en charge du sevrage tabagique dans l'établissement
- **6** = Problèmes soulevés et pistes de réflexion suggérées

Par la suite, pour chacune des thématiques présentées ci-dessus, des mots-clés ont été définis, notamment grâce à la revue de littérature réalisée en amont et aux idées récurrentes formulées au cours des entretiens. Il a semblé intéressant de pouvoir différencier ces éléments afin de préciser l'apport des échanges. Ainsi, pour chacune des thématiques, différents mots-clés ont été définis tel que présenté au sein de l'annexe 7.

2.4.2.1.2 Croisement des données recueillies

Ce support a permis de réaliser en premier lieu une analyse verticale de chacun des entretiens, puis de procéder à une analyse horizontale de l'ensemble des retranscriptions selon chaque thème. Pour ce faire, chaque unité de sens issue des entretiens a été codée selon chacune des thématiques à laquelle elle se rapporte, puis selon chaque mot-clé défini en amont, pour préciser davantage le contenu de l'analyse. A l'issue, une comparaison des contenus des différents entretiens sur chaque thème a été réalisée en relevant les points communs, les variations, voire les divergences entre chaque participant. Le nombre d'interviewés s'étant exprimé sur chaque thème a également été comptabilisé. La figure 4 ci-après représente de manière synthétique le procédé de l'analyse de contenu thématique des entretiens réalisés.

Figure 4 - Résumé du procédé de l'analyse de contenu thématique des entretiens semi-directifs



2.4.2.2 Analyse des données relatives aux patients

La démarche d'analyse des entretiens individuels réalisés auprès des patients a été réalisée de la même manière que celle décrite ci-dessus pour les professionnels. Selon le même procédé, plusieurs thématiques ont été définies, associées par la suite à des mots-clés plus précis présentés en annexe 8. Le codage des unités de sens a été réalisé selon les catégories suivantes :

- 1 = Tabagisme pré-cancer
- 2 = Survenue du cancer
- 3 = Évolution du tabagisme après le cancer

De la même manière que pour les professionnels, les données issues des verbatims ont été rassemblées afin de pouvoir comparer l'ensemble des contenus relatifs aux entretiens.

3 Résultats

3.1 Description de l'échantillon d'étude

Au total, 6 professionnels ont accepté de participer à l'enquête, à savoir 2 médecins spécialistes, 1 chirurgien, 1 infirmière d'annonce, 1 infirmière coordinatrice et 1 cadre de santé. Par souci de confidentialité et afin de faciliter la compréhension, un code anonyme a été attribué à chacun des participants. Le tableau 2 présenté en annexe 9 expose un aperçu des caractéristiques des professionnels interviewés.

Trois patients atteints de cancer et suivis à l'Institut Bergonié ont également accepté de participer. Les interviews ont été réalisées soit par visiophonie soit par téléphone depuis les domiciles respectifs des patients et de l'enquêteur. Un code anonyme a également été attribué à chacun des participants. Le tableau 3 (annexe 9) présente un aperçu des caractéristiques sociodémographiques des patients interviewés ainsi que le type de cancer traité.

3.2 Résultats relatifs aux entretiens avec les professionnels de santé

3.2.1 Pratiques professionnelles relatives à l'aide au sevrage tabagique auprès des patients fumeurs

3.2.1.1 Procédé

L'ensemble des professionnels interviewés recueillent systématiquement le statut tabagique et la consommation de tabac lors de la première consultation. S'y ajoutent également les éventuelles tentatives d'arrêt ou bien l'état d'avancement du sevrage selon les situations.

Deux professionnels déclarent informer les patients des méfaits du tabac et des bénéfices à arrêter lors de cette consultation. Deux médecins demandent quant à eux de réduire au maximum la consommation du fait des effets néfastes majorés par l'usage du tabac sur les soins qui seront dispensés aux patients fumeurs.

Une infirmière quant à elle ne parle jamais non plus d'arrêter le tabac, sauf si cela a été énoncé par le médecin, car il faut selon elle que cela chemine chez le patient pour ne pas entraîner d'échec immédiat dans le sevrage.

Dans un deuxième temps, dans la mesure où les professionnels perçoivent une certaine réceptivité et une prise de conscience de la part du patient vis-à-vis d'un éventuel arrêt, ces derniers proposent une orientation en relais vers un professionnel soit de l'établissement soit via le médecin traitant généralement, notamment pour les patients résidant loin de l'Institut. Un médecin intègre également dans sa prise en charge la proposition de substitut nicotinique mais qu'il ne prescrit pas lui-même, estimant que cela ne relève pas de son rôle en tant qu'oncologue médical. Un autre médecin ne donne toutefois pas suite au recueil de la consommation actuelle du fait du manque de connaissance des ressources à disposition pour accompagner un patient dans une démarche d'arrêt.

« Euh.. malheureusement, au-delà d'la question du tabac après on donne pas forcément beaucoup d'suite faute de moyen à proposer, régulièrement. Sauf pour les patientes qui sont dans une démarche de reconstruction mammaire où on n'envisage pas toujours le sevrage, toujours pareil j'dirais faute de moyens, à proposer, parce qu'on sait pas exactement vers qui les orienter, à quel moment.. mais on leur demande de limiter leur consommation tabagique [...] » (C, chirurgien mammaire)

La cadre de santé fait part pour son équipe de la spécificité du service imposant une prise en charge courte et limitée du sevrage, avec des patients se trouvant dans des états de santé précaires au moment de leur passage dans l'unité. Ainsi, la prise en compte du sevrage tabagique repose sur la prescription de substituts nicotiques dans le but principal d'anticiper l'état de manque, et secondairement d'accompagner dans une démarche de sevrage lors de la suite de la prise en charge dans une unité de soins conventionnels.

« Alors, en général on, on accompagne ce besoin, c'est-à-dire que dans la mesure où dans notre unité d'soin les patients sont en réanimation, donc si vous voulez, potentiellement dans un état d'santé qui est quand même précaire, nous proposons aux patients qui sont tabagiques non sevrés la possibilité de poser un patch de nicotine de manière à accompagner cette étape hein, ils vont être nécessairement sevrés puisque, qu'ils le souhaitent ou non, et par ailleurs ya aussi en général une transmission aux équipes des secteurs de soins lorsque ce patient a été patché pendant son hospitalisation ici. » (F, cadre de santé)

Enfin, trois professionnels font part du fait qu'ils deviennent progressivement de plus en plus insistants ou exigeants sur l'importance d'arrêter l'usage du tabac : soit du fait de l'augmentation du rapport bénéfices-risques pour le patient, soit lorsque des effets néfastes liés au tabac sont repérés, ou bien encore à l'approche d'une intervention qui va potentiellement avoir des complications majorées par le tabagisme.

« [...] Et puis bien sûr je leur parle de la BPCO post-tabagique où le patient va mettre du temps à mourir à petit feu.. euh quand je vois qu'il en a vraiment rien à faire, là aussi je vais doser mon discours et j'vais aller parfois de manière plus forte, plus père fouettard quand je sens que.. il y a vraiment une consommation importante, que je sens que le patient commence à être un petit peu gêné sur le plan respiratoire à l'effort. » (A, médecin oncologue)

3.2.1.2 Manière d'aborder le sujet

Trois professionnels ont fait part de signes distinctifs permettant de repérer les patients fumeurs : aspect des cheveux, haleine, voix rocailleuse, couleur des doigts et aspect des veines ont notamment été cités. Une professionnelle a tendance à davantage insister sur le risque de complications si elle repère clairement ce type de signes :

« [...] Clairement j'me dis que c'est qui se voit à l'extérieur peut traduire c'est qui se passe à l'intérieur et j'insiste plus. J'insiste plus sur le risque de complications. Opératoires. » (C, chirurgien mammaire)

Une des infirmières quant à elle repère facilement un patient qui est fumeur mais déroule toujours très progressivement le sujet au fil de l'entretien en rebondissant sur des éléments énoncés par le patient et ainsi aboutir à une discussion franche sur le sujet.

3.2.1.3 Influence des caractéristiques liées aux patients sur les pratiques professionnelles

La gravité de la maladie, le stade et la réponse aux traitements, ou bien encore le type de traitement envisagé influencent les pratiques professionnelles. Le médecin oncologue spécialisé dans les cancers urologiques ne va pas demander de prime abord à un patient d'arrêter de fumer s'il lui annonce un diagnostic de cancer avancé :

« [...] Lorsqu'il est fumeur, en fonction de la gravité de la maladie, je vais hiérarchiser les objectifs. Je vais pas non plus lui dire tout d'suite "ah ben il faut absolument arrêter d'fumer..." alors que je lui annonce éventuellement qu'il a un cancer de vessie métastatique quoi. [...] Plus le cancer est bon pronostic, plus le patient est en forme, plus je pense que je vais être.. enfin plus je suis exigeant en termes de prévention des facteurs de risque. » (A, médecin oncologue)

De la même manière, les deux autres médecins interviewées déclarent ne pas aborder le tabac de la même manière selon que les patientes se trouvent en phase de traitement ou bien en rémission. En ce sens, elles n'incitent pas les patientes à arrêter l'usage du tabac en phase de traitement mais rendent l'arrêt impératif pour les patientes en phase de reconstruction mammaire post-traitement :

« [...] Donc c'est pour ça qu'il y a la vraie distinction avec la reconstruction mammaire où là on a un vrai risque d'échec chirurgical si la consommation de tabac s'poursuit, bon ben là j'insiste plus, j'pense que c'est plus opportun parce qu'en plus ceci dit en fonction d'la

consommation tabagique en cours, si la patiente n'envisage pas d'sevrage, ya certaines techniques qu'on n'pourra pas proposer. » (C, chirurgien mammaire)

En situation palliative, l'arrêt est parfois aussi exigé par le praticien dans la mesure où le patient tolère bien le traitement et n'a pas une qualité de vie altérée par les symptômes de la maladie :

« Chez le patient qui est en phase palliative, où on a une maladie chronique qu'on va accompagner [...] et c'est là où j'insiste sur "attention on sait qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter, là vous êtes bien, votre traitement vous le supportez bien, vous n'avez pas de, d'altération de votre qualité de vie liée aux symptômes de la maladie, vous n'avez pas d'altération de votre qualité de vie liée aux effets indésirables du traitement, donc je vais me permettre d'être plus exigeant en termes de .. sevrage, de combat en fait des facteurs de risque de la maladie. » (A , médecin oncologue)

L'âge du patient impacte également les pratiques en termes d'exigence vis-à-vis de la prévention des facteurs de risque, dont le tabac :

« Plus ils sont jeunes, plus ils ont de consommations modérées, plus je pense que ils perdent à continuer le... la consommation [...] Et donc et je vais être plus exigeant. » (A, médecin oncologue)

Enfin, ce même médecin a abordé le niveau d'éducation comme étant influant sur la manière d'aborder le sujet :

« Je vais pas prendre en charge, je vais pas avoir le même discours chez un patron de PME euh.. ou un grand patron ou je ne sais quoi.. ou un grand intellectuel universitaire qui est bien inséré dans Bordeaux euh et qui a déjà bien pris du recul sur tout ça, qui a souvent des potes un petit peu dans la science, versus le patient qui vient du fin fond du Médoc qui a jamais vu Bordeaux de sa vie et qui sait même pas ce que c'est qu'un cancer. [...] Donc je vais pas du tout prendre les choses de la même manière, j'aurai pas du tout les mêmes mots, et j'aurai pas du tout la même attitude non plus. » (A, médecin oncologue)

3.2.2 Perception de l'usage du tabac et de son arrêt dans un contexte de diagnostic de cancer

3.2.2.1 Perception de l'usage du tabac

Deux médecins interviewés ont abordé leur façon de percevoir l'usage du tabac grâce à leurs expériences respectives.

Pour l'un des deux professionnels, le tabac est appréhendé comme un anxiolytique et un moyen de pallier au stress. Dans cette idée, certains patients ont recours à des médicaments pour surmonter ce moment compliqué de leur vie quand d'autres font usage du tabac. Certaines patientes ont pu faire part du fait que fumer les soutient.

Pour le deuxième médecin, l'arrêt du tabac n'apparaît pas comme une priorité pour les patients car cela impacterait leur qualité de vie :

« [...] et ils le mettent pas dans leurs priorités parce que leur priorité c'est d'avoir aussi une qualité de vie qui soit acceptable. [...] ça va avec l'acceptation de.. enfin le maintien de la qualité de vie passe par cette sensation de plaisir de satisfaire cette dépendance au tabac. » (B, médecin oncologue)

La dépendance à la substance est exprimée par des patients et limite le champ d'action des professionnels sur le sujet puisqu'ils n'arrivent pas à s'en passer, ne veulent pas essayer, voire ne veulent pas aborder le sujet.

3.2.2.2 Perception du sevrage tabagique

L'ensemble des médecins et des infirmières se sont exprimés sur leur manière de percevoir le sevrage tabagique dans ce contexte.

Deux médecins s'accordent sur le fait que le contexte de vie influence la démarche d'arrêt du tabac. Les patients se trouvant dans une bonne situation socio-économique ont généralement envie de mener une vie plus saine suite au cancer, ou du moins sont plus réceptifs au discours d'arrêt. A l'inverse, pour les patients vivant dans un milieu de vie défavorisé ou compliqué, le tabac va généralement de pair avec d'autres problèmes qui semblent plus graves à leurs yeux que les conséquences potentielles de la poursuite du tabac.

Selon un de ces médecins, le retour au quotidien de la personne avec les habitudes qui y sont liées renforcent le processus de dépendance à l'usage du tabac.

Le comportement de l'entourage, notamment du conjoint, est abordé par deux professionnels comme étant influant dans la démarche d'arrêt : avoir un mari qui fume complique fortement le fait d'arrêter et à l'inverse si le conjoint a la volonté de s'engager lui aussi dans une démarche d'arrêt et soutient sa compagne dans ce sens, alors cela favorise le fait de parvenir à un sevrage durable :

« [...] Alors, après ya de très belles histoires.. j'ai par exemple.. ben j'ai eu un jeune couple ya pas très longtemps, c'était elle qui avait un cancer du sein qui était fumeuse mais qui était pas du tout prête à arrêter et dans mon bureau le mari lui dit "et si j'arrête ?", alors que lui était encore plus fumeur qu'elle, "et si j'arrête est-ce que t'arrêtes ?", et ils ont fait le pari devant moi d'arrêter, j'ai pris un rendez-vous pour les deux. Et ils ont arrêté. »

Quatre des professionnels interviewés s'accordent sur le fait que l'annonce du cancer a été un moteur vers l'arrêt du tabac, même lorsque le cancer diagnostiqué n'est pas directement imputable à la consommation de tabac. Pour beaucoup, le sevrage va se faire quasi spontanément soit par prise de conscience et déclic, soit du fait des effets des traitements entraînant une forme de dégoût.

« Parce que beaucoup ont arrêté le tabac en disant "je, j'ai vu c'que c'était que le cancer, je l'ai touché hein, je l'ai eu le cancer et j'ai pas envie qu'il revienne", pour le sein et pour le reste. » (B, médecin oncologue)

Aujourd'hui, peu de patients estiment qu'après la survenue du cancer cela est trop tard pour arrêter, alors que cela était entendu par le passé, selon les propos de l'infirmière d'annonce. Ce constat est valable même chez les patients atteints d'un cancer fortement attribuable au tabac, tel que le cancer du poumon. Cette professionnelle associe ce constat notamment au fait que cela est moins véhiculé par les professionnels qui n'avancent plus systématiquement le lien entre tabac et cancer mais plutôt des causes plurifactorielles. Même si cela n'enlève pas la part de culpabilité ressentie chez ces patients du fait d'avoir fumé durant de nombreuses années, ces derniers ont une prise de conscience suite à l'annonce du cancer et remettent en question leur tabagisme :

« Même si parfois les patients eux craquent en me disant "ben c'est bien fait pour ma gueule.. J'ai fumé comme un pompier pendant 30 ans ou 40 ans..". Ils ont quand même souvent les fumeurs et qui ont des cancers du fumeur euh.. vessie ou poumon, ils ont quand même cette

culpabilité-là de dire "je l'ai bien cherché..". Donc ils, ils ont.. maintenant 30 ans plus tard une prise de conscience et une envie de remettre en question leur tabagisme. »

Trois professionnels interviewés perçoivent l'arrêt du tabac dans ce contexte comme source de stress et de difficulté ajoutés à la complexité du vécu du diagnostic. Ils estiment que cela n'est pas le meilleur moment pour arrêter le tabac car l'entretien d'annonce est lourd psychologiquement pour les patients. Selon ces professionnels, il va être difficile de gérer à la fois l'annonce du cancer et de ce qui en découle, et l'arrêt du tabac.

Le fait d'aborder le sujet du tabagisme suscite des préoccupations dans la relation soignant-soigné, ce dont nous a fait part une des médecins interviewés. En premier lieu vient la crainte de culpabiliser les patients, et ce particulièrement dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer du poumon, où cette professionnelle associe le fait d'interroger les patients sur leur consommation à une forme de culpabilisation :

« Après quand j'ai fait beaucoup de poumon dans ma jeunesse j'demandais aux gens s'ils fumaient [...] Mais c'est pas l'instant non plus d'culpabiliser. C'est, quand j'avais un cancer du poumon, j'leur demandais bien sur leurs consommations et je soulignais pas en disant "ah ben, ben oué vous avez fumé .." ..vous voyez. C'est, fin.. j'crois que c'est trop tard hein, ils sont là pour être traité, voilà, nous on est là pour les traiter pas pour les culpabiliser, pas pour dire que... » (B, médecin oncologue)

D'autre part, selon le stade de la maladie, cela est compliqué pour les soignants d'aborder le sujet de l'arrêt du tabac :

« Mais, psychologiquement c'est pas évident non plus, parce que en fait on parle de maladie chronique mais enfin les dames elles sont pas folles hein, elles savent bien que métastases égal au bout mort. Donc c'est compliqué hein de dire à quelqu'un.. mais j'le fais hein, de, d'arrêter l'tabac pour pas s'chopper autre chose alors qu'elles savent qu'elles ont une maladie métastatique qui va les emporter très probablement. » (B, médecin oncologue)

3.2.3 Positionnement professionnel sur le sujet

L'ensemble des participants à l'enquête ont parlé de leur positionnement professionnel vis-à-vis du sujet exploré.

3.2.3.1 Place accordée au sujet

Deux médecins expriment le fait qu'ils portent un intérêt au sujet et qu'il est nécessaire d'aider les patients à arrêter de fumer. Ils sont volontaires pour engager ce type d'accompagnement mais dénoncent des freins à cela tels que le manque de temps dans les consultations et le fait que cet accompagnement vers l'arrêt relève d'une prise en charge complète et complexe. Malgré tout, un de ces deux médecins dit être conscient de l'enjeu et de l'intérêt de l'arrêt du tabac dans ce contexte et pour cela *« revient à la charge »* (A, médecin oncologue). De la même manière, une des infirmières passe du temps sur le sujet dans sa pratique et est également disponible pour l'aborder ultérieurement selon les besoins des patients et leur cheminement sur la question. La cadre interviewée relève quant à elle une prise de conscience de la part des équipes soignantes sur le sujet avec une sensibilisation de leur part à considérer la question dans leurs pratiques de soins. Selon elle, le sujet a pris une ampleur qu'il n'avait pas auparavant :

« C'est-à-dire que par le passé vous étiez fumeur vous restiez fumeur et on s'en, enfin ça n'avait aucun, personne ne faisait cas de ce, de ça quoi. Aujourd'hui, ya cette possibilité, ya cette sensibilisation euh des anesthésistes autour d'la prescription, des infirmiers autour de la mise à disposition, donc oui ya une vraie prise de conscience, me semble-t-il. » (F, cadre de santé)

De sa fonction, elle encourage la prise en compte de l'aide à l'arrêt, notamment en mettant en place la possibilité de participer aux consultations pré-opératoires. Elle estime qu'il s'agit d'une question de priorité et que si l'on souhaite prioriser cette thématique cela est possible dans la mesure où l'organisation s'adapte en conséquence et que la politique d'établissement y est favorable.

Enfin, deux professionnelles accordent une place mineure voire inexistante au sujet dans leur pratique. Le médecin explique que l'investissement du sujet dans la pratique peut varier selon les situations : elle ne va pas insister sur le sujet auprès des patientes pour qui l'impact du tabac va être mineur sur les suites opératoires, alors que si elle juge une consommation tabagique importante, alors elle va explorer davantage le sujet et notamment aborder clairement le sevrage. La deuxième professionnelle n'aborde pas systématiquement le sujet car cela n'est pas un élément auquel elle pense spontanément et ne souhaite pas l'investir davantage du fait que ses missions lui demandent déjà beaucoup de temps.

Toutefois, deux médecins estiment que la priorité pour un oncologue est de guérir les patients du cancer en administrant les traitements adéquats à la situation médicale. Malgré le fait qu'ils abordent dès le début de la prise en charge l'importance d'arrêter l'usage du tabac, tous deux deviennent davantage insistants sur cet arrêt une fois le traitement terminé. Pour la cadre de santé, la question du tabac est à considérer au même titre que d'autres co-morbidités :

« Voilà, j pense que dans le traitement du cancer il y a beaucoup d'éléments qui sont favorisants et qui doivent être mis sur le même plan. Le tabac en fait partie. Je.. j'le prioriserais pas nécessairement par rapport à la question nutritionnelle par exemple vous voyez. » (F, cadre de santé)

Enfin, une autre professionnelle considère que l'arrêt du tabac n'est pas une priorité dans le traitement d'un cancer.

3.2.3.2 Perception des bénéfices à l'arrêt

Quatre des professionnels interviewés perçoivent des bénéfices à favoriser l'arrêt du tabac dans le cadre d'un diagnostic de cancer mais certains modèrent malgré tout cette affirmation selon plusieurs critères.

Un des médecins considère des bénéfices à arrêter le tabac par rapport aux effets secondaires de certains traitements utilisés, pouvant être majorés par une consommation active. Un deuxième médecin perçoit des bénéfices immédiats et continuellement au fait d'arrêter le tabac mais tempère ces bénéfices au vu de l'impact psychologique qu'un arrêt du tabac peut avoir dans ce contexte. Ainsi, cette professionnelle se pose toujours la question de ce que l'arrêt du tabac va provoquer chez la personne et estime que *« fumer 4 mois de plus pour une personne qui fume depuis 30 ans »* a peu d'impact, alors que lui demander d'arrêter impérativement le tabac risquerait d'avoir davantage d'impacts néfastes sur la santé mentale de la personne. Dans cette idée, elle considère véritablement deux phases dans le parcours de soins d'un patient atteint de cancer : la phase de traitement et la phase après-cancer, qui paraît davantage propice à envisager un arrêt car synonyme de retour à la vie quotidienne et souvent associée au souhait de mener une vie plus saine. Cet intérêt pour la phase après-cancer se retrouve également dans le discours d'une infirmière qui perçoit un

bénéfice plus important pour les patients à ce moment-là, lors d'un « *retour à la vie normale* ». Cette infirmière perçoit aussi des bénéfices pour les patients jeunes atteints de cancers qui se chronicisent (certains lymphomes par exemple), et à l'inverse estime que cela n'est pas une préoccupation immédiate pour les personnes ayant une espérance de vie limitée due à l'évolution de la maladie. Ces propos font écho à la pensée de la deuxième infirmière :

« Parce que.. je vais donner un exemple con mais par exemple un patient qui fume depuis 40 ans euh 2 paquets de clopes avec un cancer du pancréas, qui est jaune comme un coin, et on me dit "faut qu'il arrête de fumer" en sachant que on aura ptetr même pas le temps de démarrer correctement des chimiothérapies euh pour moi c'est pas la priorité quoi. »

Des bénéfices sont aussi cités en termes de qualité de vie pour le patient par une infirmière, qui donne l'exemple du cancer du poumon où les patients présentent une altération sur le plan respiratoire et pour qui cela « *ne peut être que bénéfique* ».

3.2.3.3 *Modalités de l'accompagnement au sevrage tabagique*

Les professionnels interviewés s'accordent à dire que la démarche d'arrêt du tabac dans ce contexte relève d'un accompagnement humain basé sur des principes fondamentaux tels que l'empathie par exemple, tout au long du parcours de soins. La personnalisation de cette prise en charge est aussi citée comme étant extrêmement importante à toutes les étapes, y compris pour le sevrage tabagique. Plusieurs médecins interviewés insistent sur la nécessité de prendre en compte le contexte de vie dans son ensemble et proposer une prise en charge globale et collaborative pour faciliter l'arrêt du tabac.

Mais plusieurs professionnels soulignent qu'il s'agit avant tout d'une démarche personnelle que les soignants ne peuvent qu'encourager. En ce sens, ces derniers sont d'accord de dire que les patients sont libres et responsables d'arrêter ou non après avoir reçu l'information médicale. Les soignants sont avant tout soucieux de « *rendre service* », de « *montrer l'exemple* », de ne pas « *braquer la personne* », et d'adapter leur discours et leurs pratiques selon chaque situation, mais tous sont d'accord de parler de maturation du sevrage ou de cheminement, et non de forcer celui-ci.

3.2.4 **Connaissances et compétences perçues**

Du point de vue des connaissances sur le sujet, deux médecins semblent bien informés sur le sujet, depuis le lien entre la consommation tabagique et la survenue de certains types de cancers, jusqu'aux divers effets sur l'état de santé et la mortalité dans le contexte de cancer. Leurs connaissances semblent moins évidentes en ce qui concerne la prise en charge du sevrage, notamment du fait que certains aspects semblent débattus selon un des deux médecins :

« En sachant qu'il y a des choses qui sont un peu débattues aussi.. est-ce-qu'il faut prendre des patchs de nicotine. Est-ce-qu'il faut avoir un suivi avec les entretiens, avec une psychologue spécialisée en sevrage tabagique. » (A, médecin oncologue)

Le troisième médecin qualifie ses connaissances comme étant « *intermédiaires* » malgré le fait que cette praticienne a plusieurs fois abordé les risques du tabac sur le type d'interventions qu'elle réalise au cours de l'interview. La cadre de santé remarque que son équipe est « *sensibilisée* » à la question du tabagisme du fait des actions de santé publique.

Quatre professionnels interviewés ont parlé de leurs compétences sur le sujet comme étant « *limitées* » et « *superficielles* », par manque de temps pour s'informer sur le sujet et une faible

pratique ou quotidien, ou comme n'en ayant pas dans le cas d'une infirmière, par manque de formation de base.

3.2.5 Contexte institutionnel vis-à-vis du sujet et organisation de la prise en charge du sevrage tabagique dans l'établissement

3.2.5.1 Place du sujet dans l'établissement

Deux professionnels pensent que répondre à la problématique de l'aide au sevrage tabagique relève d'une des missions de l'établissement et fait désormais partie intégrante de la prise en charge d'un patient atteint de cancer. A ce sujet, ils énumèrent un certain nombre de campagnes existantes à destination des salariés de l'Institut, mais aussi en population générale par la participation des professionnels de l'établissement à ces actions de prévention. La mesure forte déployée par l'Institut Bergonié sur le sujet porte sur le fait d'être devenu un Lieu de Santé Sans Tabac (LSST). Ce dispositif a notamment permis d'introduire des panneaux informatifs ainsi qu'un lieu isolé dédié aux salariés fumeurs dans l'Institut. Ce dispositif est selon ces professionnels désormais bien connu de tous dans l'établissement.

Les deux autres professionnels s'étant exprimés sur ce point déplorent quant à eux un faible investissement du sujet dans l'établissement. Pour l'un d'entre eux, « *il y a eu un gros effort sur le sujet à un moment donné mais c'est désormais en pointillés* » (A, médecin oncologue). La deuxième praticienne pense qu'il ne s'agit pas d'une réelle priorité dans l'établissement :

« Moi, pour moi j'ai pas l'impression que ce soit une priorité d'établissement. Avec tous les moyens à disposition c'est un peu dommage mais honnêtement.. voilà ya rien, enfin après des fois on a des problèmes de communication interne, dans l'sens où ya des choses qui s'mettent en place on n'est pas forcément au courant on apprend ça euh 6 mois après en disant "ah bon b y'avait ? Ben on savait pas.." bon, mais là honnêtement pour le tabac ouais moi j'ai pas.. j'ai pas l'sentiment qu'ce soit une priorité. » (C, chirurgien mammaire)

Pour autant, les professionnels portent un intérêt à la prévention de manière générale. La cadre de santé pense que la prévention est « *une culture investie d'une certaine façon dans l'établissement* », sur diverses thématiques. Elle pense toutefois qu'elle pourrait faire l'objet de davantage de projets menés avec les professionnels de santé des services de soins, comme cela se développe actuellement via le B ergo'Tour (cf partie I - Rapport de stage). Pour un des médecins interviewés, la prévention primaire, et secondaire en ce qui le concerne plus particulièrement dans sa pratique, est « *cruciale* ». Il considère cette prévention secondaire comme étant extrêmement importante dans le parcours de soins mais trouve que les professionnels manquent de données sur ce domaine. Enfin, une infirmière perçoit la prévention comme importante en amont, de manière primaire, auprès des pratiques de consommation chez les jeunes par exemple.

3.2.5.2 Professionnels ressources

L'ensemble des professionnels interviewés ont mentionné l'existence d'un psychologue tabacologue qui exerçait il y a quelques années au sein de l'établissement et vers qui étaient orientés les patients. Ce professionnel n'a pas été remplacé suite à son départ, ce qui a complexifié l'orientation des patients pour les professionnels. Depuis, deux médecins ne savent soit pas vers qui adresser les patients qui souhaitent s'engager dans une démarche de sevrage, soit ont tendance à extérioriser l'aide à l'arrêt via le médecin traitant. Trois autres professionnels ont connaissance de psychologues spécialisés en addictologie exerçant au sein de l'établissement vers qui prendre rendez-vous en relais de la prise en charge.

3.2.5.3 Supports et outils à disposition

Deux professionnels ont déploré le manque de supports et d'outils à disposition, citant tous deux la mise à disposition d'un prospectus d'information auparavant mais dont le numéro renseigné pour aider le patient dans la démarche d'arrêt ne fonctionne plus. Selon un médecin, ces supports devraient être revus et modernisés notamment via les portails électroniques auxquels patients et professionnels ont accès, afin de rendre accessibles l'information et l'orientation. D'autre part, si davantage de supports et d'outils ressources existaient, tous deux affirment qu'ils investiraient davantage le sujet, le chirurgien estimant notamment que « *cela devrait être une priorité de pouvoir proposer un sevrage tabagique ou un abord de la question dans un centre de lutte contre le cancer* » (C, chirurgien mammaire) :

« Et puis après nous concrètement ya une utilité, ya un impact, la question on l'aborde, on pose au moins la question de la consommation tabagique donc après ça fait flop quoi en fait, on pose la question d'la consommation et puis après euh.. » (C, chirurgien mammaire)

La cadre de santé a abordé les formations existantes en lien avec le sujet. A sa connaissance il n'existe pas au sein du plan de formation une formation spécifique à la démarche d'aide au sevrage tabagique mais certaines formations proposées se rapprochent du sujet telles que l'hypnose et la méditation, qui selon elle, peuvent être des soutiens dans la démarche.

3.2.5.4 Accessibilité pour les patients

Une aide à l'arrêt du tabac semble difficilement accessible pour les patients au sein de l'établissement. Un des médecins interviewés pense que l'établissement doit se réorganiser pour pouvoir mieux expliquer, de manière rapide et ergonomique, comment proposer une aide au sevrage, rendre le parcours du patient dans cette démarche accessible, et ce notamment grâce à une information adaptée à tous.

3.2.6 Problèmes soulevés et pistes de réflexion suggérées

Plusieurs problèmes ont été soulevés par les professionnels participant à l'enquête, et des pistes de solutions ont été discutées.

Deux médecins dénoncent un manque de temps pour aborder le sujet dans son ensemble, du fait du temps déjà très restreint pour une consultation médicale, avec beaucoup d'éléments spécifiques au cancer traité à aborder.

Quatre professionnels parlent d'un manque de ressources humaines pour assurer une aide et un suivi dans la démarche. Deux médecins suggèrent une infirmière d'annonce supplémentaire afin de prendre le relais à la suite de la consultation pour aborder plus amplement le sujet et accompagner le patient dans la démarche. Le rôle de l'infirmière d'annonce semble intéressant pour ces praticiens dans la mesure où cette professionnelle aborde le patient dans son ensemble dans sa pratique : aspect social, psychologique, difficultés et ressources personnelles notamment. Les deux autres professionnelles interviewées suggèrent autrement une personne qui soit dédiée spécifiquement à cette thématique, à l'exemple d'un tabacologue, afin de s'assurer d'une disponibilité permanente pour accompagner les patients désireux de tenter d'arrêter l'usage du tabac. Actuellement, malgré la présence de psychologues addictologues, une de ces professionnelles dénonce un délai parfois long avant d'avoir une consultation, ce qui peut freiner la motivation des patients.

Un médecin déplore à son égard un manque de connaissance des moyens à disposition car, lorsqu'elle se trouve face à une patiente réceptive et qui souhaite s'engager dans une démarche

d'arrêt, cette praticienne ne sait pas vers qui l'orienter ni comment faire de manière pratique pour accompagner cette volonté.

3.2.6.1 Suggestions d'amélioration

Quatre professionnels ont proposé des moyens d'améliorer l'accès à l'information sur le sujet. Deux professionnels ont conseillé des flyers d'information renseignant sur les personnes ressources en interne spécialisées sur le sujet dans le but d'orienter les patients dans leur démarche. Le cadre de santé suggère de distribuer ces supports directement dans les services :

« Que les modules d'infos soient davantage distribués aux secteurs de soins parce que, pour nous, c'est très compliqué d'aller chercher l'information dans tous les domaines euh donc euh voilà. Vous savez c'que c'est vous avez été infirmière, on n'a pas forcément en fait ce temps, cette habitude d'aller chercher partout les trucs euh.. alors que si on les a éventuellement un peu plus à disposition on pourrait ptetr mieux s'en emparer. » (F, cadre de santé)

Un des médecins interviewés suggère d'œuvrer via les plateformes numériques :

« Enfin moi je pense qu'il faudrait agir sur des plateformes électroniques plus que sur des vieux fascicules et des vieux autocollants. Euh.. avec vraiment des logos très simples. » (A, médecin oncologue)

Enfin, une infirmière a soumis la mise en place d'un lieu d'accueil à destination des patients et des salariés de l'établissement, sous la forme d'un stand permanent, portant sur la thématique du tabac avec la mise à disposition d'information, de conseils et de contacts afin que tous les patients qui gravitent par l'Institut aient accès à cette information. Elle trouve qu'actuellement cela manque dans l'établissement et trouve par ailleurs dommage que l'action faite sur le tabac soit très limitée :

« Mais je trouve dommage qu'il y ait que des campagnes d'information avec une journée sans tabac à l'année et puis que le reste de l'année l'information sur le tabac à l'Institut elle se résume à un petit doc sur un présentoir quoi. C'est ça que j'trouve dommage. »

Deux professionnels soulignent l'importance de dynamiser les équipes soignantes autour de la prévention secondaire, et plus largement autour de la promotion de la santé. Le cadre de santé estime que cet enjeu relève d'une priorisation de cette thématique sur l'organisation des soins. Cela est selon elle possible au quotidien si la culture de l'établissement tend à en faire une priorité, ce qui n'est actuellement pas le cas. De manière plus générale, cela renvoie à la culture du soignant qui a pour habitude de travailler sur les besoins immédiats des individus et non sur la projection de besoins futurs qui relèveraient de la prévention. Toutefois, ce cadre de santé avance le fait que l'on peut « insuffler et accompagner » cette dynamique. Ces propos rejoignent ceux de l'un des médecins interviewés qui considère qu'il faudrait « mettre un coup de fouet » sur la prévention secondaire, tout en sachant qu'actuellement un pôle dédié a été créé. Ce praticien pense qu'il faudrait travailler sur la manière de motiver les professionnels des services de soins à faire en sorte d'intégrer des pratiques de prévention au quotidien de manière accessible, et grâce aux ressources à disposition dans l'établissement. Ainsi, par ce moyen, il s'agirait de rendre la possibilité pour les patients qui le souhaitent d'envisager concrètement et de manière personnalisée une démarche d'arrêt du tabac.

3.3 Résultats relatifs aux entretiens avec les patients

3.3.1 Tabagisme pré-cancer

3.3.1.1 Histoire personnelle du tabagisme

L'ensemble des patients interviewés ont débuté l'usage du tabac à l'adolescence, entre 14 et 17 ans. Les deux enquêtées femmes expliquent avoir commencé à fumer avec leurs amis car il s'agissait d'une pratique à la mode à l'époque et qu'elles voulaient « *faire comme tout le monde* » (H et I, 61 et 72 ans). Une de ces patientes se défiait même avec une amie à celle qui fumerait la cigarette plus forte :

« Et.. après, euh, mais alors on, on, vraiment quand on est gosse on a d'ses idées, on a fait un concours à celle qui fumerait les plus fortes. Et...on a été jusqu'aux Gitanes Maïs. » (H, 61 ans, diagnostiquée d'un cancer du poumon en 2017)

Pour le troisième patient enquêté, les premières cigarettes lui ont été offertes par son père le dimanche :

« Les premières cigarettes c'était la cigarette du dimanche qui était, le paquet de Gali a été caché derrière un tableau sur la cheminée et mon père m'offrait le dimanche une cigarette parce que je devenais un homme. » (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

Deux patients ont exprimé le fait qu'à cette époque le discours sur le tabac était très différent, tous trois fumaient avec leurs parents et le gouvernement ne diffusait pas de messages anti-tabac. Tous ont ensuite continué de fumer et deux d'entre eux n'ont jamais arrêté depuis. Une des enquêtées dit s'être toutefois posé la question de la nécessité d'arrêter durant la grossesse et a interrogé à ce moment-là l'obstétricien :

« Et je me souviens qu'il m'avait dit euh le.. la nicotine, enfin que sais-je, ne traverse pas la paroi du placenta. Euh, voilà, donc je l'ai pris comme ça. Et.. étant donné que je n'avais pas de nausées ni quelque chose qui aurait pu faire que j'arrête, j'ai continué.. à fumer. » (I, 72 ans, diagnostiquée d'un cancer du sein en 2018).

Au-delà du tabagisme quotidien, un enquêté associait sa consommation de tabac à un côté festif à laquelle il combinait une consommation de cannabis, ainsi que parfois une consommation plus excessive d'alcool dans ce contexte.

3.3.1.2 Usage perçu du tabac et perception du contrôle comportemental sur la consommation

Deux enquêtés rattachent l'usage du tabac à une notion d'habitude. Un enquêté associe son usage à un moyen de pallier au stress et à la tension tandis qu'une autre patiente parle de l'usage du tabac comme relevant aussi du contexte. Deux enquêtés se sentent fortement dépendants du tabac :

« Par exemple quand je me dis "bon, tu as presque fini ton paquet, tu ne vas pas en racheter, et.. tant pis si tu n'as pas de cigarettes", et là j'ai énormément, énormément de mal à imaginer que je puisse passer une soirée et une nuit en me disant "pas de cigarette". » (I, 72 ans, diagnostiquée d'un cancer du sein en 2018)

« Dépendant au calme apparent que ça suscitait chez moi. Euh après avoir fumé une cigarette il y a une petite phase de détente là qui est très courte mais euh.. c'est, c'est, c'est

là-dedans que ça se jouait pour moi hein. » (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

Enfin, une enquêtée exprime son rapport au tabac comme faisant partie de son identité.

3.3.1.3 Motivation et tentatives d'arrêt

Une enquêtée exprime le fait que lorsqu'elle était jeune elle n'a jamais songé à arrêter de fumer. Par la suite, cette dernière a tenté plusieurs fois d'arrêter sans jamais réussir. Elle est toutefois parvenue à diminuer sa consommation mais un évènement majeur survenu quelques mois avant le diagnostic de son cancer a déclenché une augmentation de sa consommation par rapport à avant. Une autre enquêtée explique le fait de n'avoir jamais eu l'idée de réellement arrêter, notamment du fait qu'il n'y avait aucun interdit dans sa famille à ce sujet. Cette dernière y a parfois songé mais sans aller loin dans la démarche malgré le fait que presque plus personne ne fume à ce jour dans son entourage.

3.3.2 Survenue du cancer

3.3.2.1 Expérience personnelle concernant le vécu de la maladie

Deux enquêtés ont parlé de leurs expériences respectives à l'annonce du cancer. Pour un des patients, un an s'est écoulé entre les premiers symptômes de la maladie et le diagnostic de cancer. Cette période a été pour lui source d'angoisse et d'incertitude, et a généré un stress important. Ainsi, l'annonce du cancer et d'un traitement associé a été un soulagement :

« Et au moment où j'ai eu l'annonce de.. de la maladie et qu'il allait y avoir un traitement etc. là par contre ça a été le contraire, ça a été une grande euh paix intérieure j'appelle pendant quelques semaines là où je me disais "ahh putain c'est bien", c'était, c'était une période assez tranquille là je me rappelle. » (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

Pour la deuxième patiente enquêtée, le moment d'établir le diagnostic a entraîné chez elle un effondrement en lien avec un traumatisme passé.

L'ensemble des patients interviewés ont parlé de leur expérience personnelle avec la maladie. Chacun d'entre eux a vécu de manière différente cette période. Pour un des enquêtés, la maladie l'a conduit à avoir « une vie très statique », associée à des douleurs intenses et une perte importante de poids :

« Alors ben dans le quotidien elle m'a amené à une vie euh.. très très statique. C'est-à-dire que moi je, j'étais descendu de 74kg à 52 ou quelque chose.. à peu près vous voyez. Quand je me levais d'un siège, je cherchais où était le siège suivant. C'était à peu près ça. A l'époque. Plus des douleurs intenses, et puis euh, très honnêtement je je, je pensais pas que je sortirais de cette aventure-là. » (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

Pour une des deux autres enquêtées, des angoisses majeures se sont manifestées vers la fin des traitements. Enfin, pour la troisième patiente, la maladie a eu un impact positif alors qu'elle traversait une période difficile associée à une dépression majeure suite au décès brutal de son fils. L'annonce de la maladie a été un déclic pour cette patiente :

« Ah b ça m'a.. ça m'a redonné envie de vivre. Alors que je me laissais mourir. Voilà. » (H, 61 ans, diagnostiquée d'un cancer du poumon en 2017)

3.3.2.2 Perception des facteurs ayant influencé la survenue du cancer

Une enquêtée s'est exprimée sur les facteurs qu'elle perçoit comme étant à l'origine de son cancer. Selon elle, le cancer pulmonaire dont elle est atteinte a été déclenché suite à un choc émotionnel. Et étant donné les antécédents de cancer du sein de sa famille, cela aurait tout bien pu selon elle être un autre type de cancer.

« Pour moi c'est pas la cigarette qui a fait QUE j'ai eu l'cancer. C'est juste que ben.. le choc m'a déclenché celui-là. » (H, 61 ans, diagnostiquée d'un cancer du poumon en 2017)

3.3.2.3 Impact de la maladie sur la consommation tabagique

Deux enquêtées ont interrogé spontanément la question de leur consommation tabagique suite à l'annonce de la maladie. Le troisième enquêté a continué sa consommation courante. Une des deux patientes interviewées a abordé d'elle-même son statut tabagique et sa consommation actuelle de tabac dans le cadre de la consultation d'annonce avec le médecin oncologue. A ce moment-là, le professionnel lui a exprimé le fait que cela n'était pas le moment opportun pour entreprendre un arrêt :

« C'est venu spontanément, je l'ai dit. Et l'oncologue a dit "euh bon c'est pas le moment d'arrêter, on ne peut pas mener deux combats, ces deux combats en même temps". Voilà. Voilà ça a été.. mais, euh.. sous-entendu peut-être faudra y songer quoi. » (I, 72 ans, diagnostiquée d'un cancer du sein en 2018)

Ce discours a également été repris par d'autres soignants au cours du parcours de soins de cette patiente. Sa consommation tabagique a malgré tout diminué naturellement suite aux effets secondaires de la chimiothérapie mais elle a ensuite rapidement repris sa consommation initiale. De la même manière, la deuxième patiente enquêtée a exprimé à son médecin oncologue la nécessité selon elle d'arrêter, et la réponse n'a pas été encourageante dans ce sens :

« Quand le Dr X, j'ai dit "bon ben j'ai plus qu'à arrêter d'fumer", elle me fait "c'est trop tard". » (H, 61 ans, diagnostiquée d'un cancer du poumon en 2017)

Elle a malgré tout diminué considérablement sa consommation mais ne parvient toutefois pas à arrêter malgré la mobilisation de plusieurs moyens pour tendre vers un arrêt.

Le troisième enquêté a quant à lui l'expérience d'une rechute de la maladie et sa consommation tabagique n'a pas évolué de la même manière au cours de chacune de ces deux phases. Suite au premier diagnostic, sa consommation tabagique n'a pas changé, ni sa consommation festive de cannabis. Un premier arrêt a été tenté suite à la première rémission. Cependant, la rechute de la maladie six ans après a fait modifier la consommation de cannabis de ce patient suite à la survenue d'une neuropathie sensitive provoquant des douleurs importantes dans les membres, et qui reste depuis séquellaire. Il est ainsi devenu un consommateur de tabac et cannabis mélangés pour partiellement soulager ces douleurs mais aussi selon lui probablement pour « effacer quelques trucs que j'avais pas envie de voir ». (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

3.3.2.4 Connaissances sur les bénéfices de l'arrêt et les risques de poursuivre l'usage du tabac

Deux enquêtées connaissent ou ont été informées des méfaits du tabac, et notamment des risques sur l'efficacité des traitements :

« Euh alors j'avais.. quand.. quand j'ai eu mon rendez-vous.. à la, dans l'établissement XX avec la, la, l'infirmière responsable des chimio, elle m'avait dit "l'arrêt du tabac", enfin, "si vous continuez à fumer ça diminuera d'30% le.. l'efficacité de la chimio". » (H, 61 ans, diagnostiquée d'un cancer du poumon en 2017)

Toutefois, une de ces patientes exprime avoir moins peur de fumer que de mettre un patch :

« Alors, je me dis euh.. et je, je connais bien sûr les méfaits du tabac, mais à la limite j'ai moins peur de fumer que de mettre un patch par exemple. ... Si je mets un patch j'ai l'impression de m'empoisonner. Alors que, bon, de temps en temps je le sais bien, ça me vient à l'esprit que de fumer je m'empoisonne gravement aussi. Mais euh.. mais de me coller un patch pour moi c'est, voilà, c'est, rien que ça c'est difficile» (I, 72 ans, diagnostiquée d'un cancer du sein en 2018)

3.3.3 Évolution du tabagisme après le cancer

3.3.3.1 Usage perçu du tabac

Suite à la survenue du cancer, chacun des trois patients interviewés ont un positionnement différent vis-à-vis du tabac.

Un enquêté est parvenu à en arrêter l'usage depuis un an. Il en est fier et reste déterminé à poursuivre dans cette optique. Une autre enquêtée n'a pas spécialement évoqué ce que lui apporte l'usage du tabac au quotidien mais davantage de son souhait d'arrêter malgré le fait que cela lui soit difficile. Enfin, la troisième patiente exprime avoir une philosophie particulière depuis la survenue de la maladie :

« Depuis, depuis quelques temps. Je fais c'que j'veux quand j'veux quand j'ai envie. Mais pour tout. C'est depuis la, depuis ma maladie quoi. » (H, 61 ans, diagnostiquée d'un cancer du poumon en 2017)

3.3.3.2 Soutien perçu dans la démarche d'arrêt

Deux enquêtés évoquent le soutien des professionnels rencontrés au cours de leur prise en charge. Malgré le frein émis spontanément par ces professionnels sur le fait de pouvoir mener le combat de la maladie et un arrêt du tabac simultanément, une patiente décrit les équipes de l'Institut comme étant *« formidables à tous les niveaux »*. Les professionnels ont su écouter les besoins et difficultés de cette patiente et y apporter une aide et un soutien, et notamment répondre à son souhait de vouloir essayer d'arrêter l'usage du tabac. Un autre enquêté considère qu'il a toujours bénéficié de l'aide pour arrêter mais qu'il ne l'a lui-même pas toujours saisie :

« Moi je considère que je l'ai eue l'aide. Je l'ai pas toujours saisie mais je l'ai eue. Quand X (psychologue tabacologue) entre les deux lymphomes.. m'a aidé à arrêter, il, je, je me rappelle très bien les démonstrations qu'il faisait en me faisant souffler dans un papier ou en mesurant le nombre de, la quantité de, de CO2, etc. enfin tout le.. J'ai eu cette aide. Après je l'ai pas forcément toujours suivie. » (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

Deux participantes à l'enquête abordent également le soutien de leur entourage. Une enquêtée est fière du fait que son entourage proche ne fume pas (mari et enfants) mais ces derniers ont toutefois compris qu'il ne fallait pas aborder le sujet avec elle :

« Alors mon entourage ils ont très bien compris qu'il fallait me foutre la paix (rire). Ah non parce que j'lui dis, euh.. des fois mon mari il m'fait "tu crois qu't'en as besoin d'celle-là ?" Euh.. c'est juste, non. Je, faut vraiment, ça c'est, comme j'dis, enfin j'ai envie d'dire "c'est mon problème". Et.. comme j'ai un peu l'esprit de contradiction, plus on va me dire qu'il faut qu'j'arrête moins je vais arrêter. Voilà. Donc ça ils ont très bien compris. Et.. et c'qui fait que b j'essaye d'arrêter, voilà de, mais dès qu'on m'fait une réflexion euh.. ça fait l'effet inverse. » (H, 61 ans, diagnostiquée d'un cancer du poumon en 2017)

La deuxième enquêtée parle tout particulièrement de ses deux filles qui ont eu deux réactions différentes face à la poursuite du tabac de leur mère suite à l'annonce du cancer. La première a semblé comprendre la difficulté pour sa mère d'envisager l'arrêt du tabac dans ce contexte, alors que la deuxième s'est révélée être très culpabilisante à ce sujet, jusqu'à avoir des réactions agressives. Cette situation s'est par la suite apaisée grâce à l'intervention des professionnels de l'Institut pour désamorcer ce conflit, ce qui a eu pour effet de ne plus aborder le sujet ensemble. La patiente dit résoudre ce problème seule avec la psychologue de l'établissement.

3.3.3.3 Difficultés et obstacles rencontrés

Chacun des participants interviewés ont rencontré des obstacles dans leur parcours suite à la maladie, ce qui a parfois impacté défavorablement leur consommation tabagique.

Une enquêtée a vu sa consommation diminuer naturellement durant le traitement par chimiothérapie qui entraînait un état nauséux permanent mais regrette de ne pas avoir su mettre davantage à profit cette diminution puisqu'elle a repris sa consommation courante initiale dès lors que cet état a été moins prégnant. Malgré un succès de sevrage, un autre enquêté a repris sa consommation tabagique suite à l'annonce de la rechute du cancer :

« Et j'ai repris euh.. quand j'ai appris que je, que j'étais, enfin quand j'ai appris moi-même que je.. que je retombais malade, et que j'essayais de le cacher pendant quelques mois à.. à tout le monde. Euh la pression était un peu forte et puis j'ai repris à fumer comme ça. » (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

Deux enquêtées abordent les effets du confinement liés à la pandémie de Covid-19 comme défavorables sur leur consommation tabagique puisque celle-ci a augmenté durant cette période alors qu'elles étaient auparavant parvenues à une diminution de la quantité consommée. Une des deux enquêtées attribue ce constat au fait de ne pas pouvoir se déplacer :

« Mais oui parce que je bougeais plus. En fait, quand je sortais, je n'voulais pas d'cigarette. Je n'en amenais pas. Et.. b l'fait d'être tout l'temps à la maison euh.. voilà quoi. » (H, 61 ans, diagnostiquée d'un cancer du poumon en 2017)

Enfin, pour l'enquêté ayant arrêté le tabac depuis un an, des envies ponctuelles de fumer se manifestent encore et sont décrites comme intenses :

« Ya des moments où l'envie revient hein mais elle est de plus en plus fugace et de plus en facile à percevoir et à contourner quoi ou.. ou à laisser passer plutôt même. Alors ça peut être dans des moments d'tension ou dans des moments.. shui allé à l'anniversaire d'un copain samedi dernier là, je me suis dit "tiens..", y avait euh des musiciens autour là, ça fumait.. etc.. y compris des joints. Et, et..j'étais autour je disais "wah c'est.. j'aurais bien envie", mais c'est resté juste.. fugace. Quand je dis fugace c'est.. shé pas, quelques

secondes. 3 secondes.. Assez intenses hein, mais fugaces. » (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

3.3.3.4 Perception des conséquences de la poursuite du tabagisme

Deux enquêtés ont abordé leur manière de percevoir le fait de poursuivre l'usage du tabac après la survenue du cancer.

Un enquêté disait avoir « *conscience qu'il se détruisait* » en fumant, bien qu'il ait continué. Ces termes employés se fondent sur des symptômes évocateurs qui ont par la suite été confirmés par un diagnostic d'emphysème pulmonaire². Il se rend compte que le tabac impacte défavorablement son état de santé, au-delà de la sphère respiratoire, et associe la poursuite de l'usage à une sorte de « *suicide à petit feu* » :

« C'est évident que.. je vois bien que.. que quelque part oui je me détruis, je trouve le terme assez juste hein, fin c'est.. ya rien d'autre que ça, c'est une forme de.. moi je le regarde presque comme un suicide à ptit feu c'truc-là. Même si c'est pas.. au sens de l'acte.. pas exactement la même chose mais dans la. Si je le regarde objectivement, chaque fois que je fume je, je l'ingère, je brûle un peu les poumons. Après j'ai du mal à respirer.. » (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

Ce patient a ressenti cela de manière plus consciente ces dernières années mais selon lui de manière dissociée de la maladie cancéreuse :

« C'est devenu plus conscient ces dernières années quand même. (silence) Avant j'avais l'impression qu'il pouvait rien m'arriver quoi, j'étais jeune et.. (rire) Et tout allait bien. Peut-être que ouais.. ces dernières années là oui.. Pas forcément directement la maladie en elle-même.. je peux pas l'associer concrètement à cette prise de conscience. Je crois qu'elle est dissociée mais.. même si le fait d'être malade ramène nécessairement à.. à, à regarder un peu la mort, à regarder un peu.. et donc à s'approcher un peu de ça. » (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

La deuxième enquêtée ne semble pas percevoir défavorablement le fait de poursuivre le tabac sur sa survie :

« Alors, pour moi, je suis convaincue que je vais mourir un jour, mais pas d'un cancer du poumon. » (H, 61 ans, diagnostiquée d'un cancer du poumon en 2017)

3.3.3.5 Intérêt et motivation perçus à l'arrêt

A la suite de l'épreuve du cancer vécue par les trois enquêtés, tous se sont exprimés sur leurs souhaits vis-à-vis de l'arrêt du tabac.

Deux enquêtées ont parlé de « *déclit* ». L'une d'entre elles exprime avoir eu le déclit et la volonté d'arrêter suite à l'apparition de signes limitant les loisirs qu'elle affectionne :

² Maladie des poumons se traduisant par une dilatation de la cage thoracique et par des difficultés respiratoires. Elle peut être due au tabagisme, à une maladie génétique ou à l'inhalation prolongée de substances toxiques.

« Il faut que j'arrête parce que.. j'aime beaucoup marcher, je faisais pas mal de marche rapide etc. bon voilà. Et puis.. disons qu'il y a des jours où j'ai du mal hein. Et peut-être que vous l'entendez à ma voix, un certain essoufflement. Non non il faut que, et puis marcher, maintenant quand j'arrive à faire.. euh 2 kms.. je suis extrêmement fière alors que avant c'était voilà.. 6 kms, voilà. Euh, donc, et c'est quelque chose que j'aime et donc.. ça je, je veux absolument voilà. Y arriver. » (I, 72 ans, diagnostiquée d'un cancer du sein en 2018)

La deuxième enquêtée espère quant à elle avoir un jour ce déclic d'arrêter. Pour cela, elle essaie de le provoquer par diverses techniques au quotidien mais elle ne veut pas que cela « devienne une obsession » (H, 61 ans, diagnostiquée d'un cancer du poumon en 2017). Enfin, le troisième enquêté a exprimé son souhait d'« aller mieux » suite au traitement de la maladie, ce qui l'a motivé à arrêter dans cette optique. Il s'est également fixé un objectif personnel à réaliser :

« J'avais envie d'aller mieux, j'avais envie de, je m'étais fixé, d'ailleurs je l'ai fait, comme objectif de faire le tour du Bassin à pied.. tout en sac à dos là, bon j'avais de, des, de l'ambition pour.. pour aller mieux quoi. » (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

3.3.3.6 Besoins et suggestions d'amélioration

Deux enquêtées sont très satisfaites de l'aide et des conseils qui leur ont été délivrés sur le sujet. Malgré le fait qu'elle poursuive l'usage du tabac aujourd'hui et n'envisage pas spécialement d'arrêter par la suite, une d'entre elles estime que les professionnels de santé ont tout mis en œuvre pour l'accompagner mais que le frein au fait d'entreprendre une démarche d'arrêt relève d'elle-même. Un enquêté souligne l'importance majeure de bénéficier d'un accompagnement psychologique :

« Non encore moi je reviens à cette histoire de, d'accompagnement psychologique quoi qui est nécessairement.. On, on fume pas du tabac pour rien et donc euh ya une ou des raisons euh qui font que on continue et.. Et j pense que.. moi je suis content d'avoir eu une aide psychologique en tout cas sur le sujet. Je pense que je m'en serais pas sorti qu'avec de la chimie ou qu'avec de la.. Qu'avec des patchs ou qu'avec.. (silence) ça oui c'est peut-être l'élément le plus important pour moi il est celui-là. » (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

Selon lui, cet accompagnement doit être assuré tout au long de la démarche de sevrage, jusqu'à plusieurs mois après l'arrêt :

« Et suivi oui parce que sur le long terme, même au bout d'un an c'est pareil, moi j'éprouve toujours ce besoin, ya toujours un stress latent qui existe qui était comblé par le tabac ou par.. et qui malgré tout demeure plus ou moins donc.. » (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

Un enquêté aurait souhaité que le médecin oncologue qui l'a suivi tout au long de la prise en charge lui parle des méfaits du tabac dans le contexte du cancer. L'importance de l'arrêt du tabac a été évoquée par les psychologues rencontrés durant le parcours de soins mais cet enquêté aurait souhaité que l'information soit délivrée par l'oncologue lui-même. Selon lui, le patient doit recevoir cette information de manière systématique, ce qui le responsabilise face à son état de santé. Il comprend toutefois que cela puisse être difficile pour les professionnels par crainte de culpabiliser les patients, mais selon lui le patient doit savoir.

« Oué, oué, moi je pense que c'est, c'est.. responsabiliser le patient. Moi j'pense que savoir les choses c'est pas mal quand même. (silence) C'est comme dire.. "ben je vais pas lui dire exactement c'qu'il a comme cancer parce qu'il va avoir peur de mourir". » (G, 61 ans, diagnostiqué d'un lymphome en 2002)

Ainsi, ce patient suggère qu'une information sur les effets du tabac soit délivrée plus systématiquement par les professionnels de santé, de manière répétée et plus insistante.

Pour la deuxième enquêtée, un problème d'accessibilité aux soins de sevrage selon les situations personnelles a été soulevé, majoré selon elle avec les effets du confinement.

4 Discussion

4.1 Synthèse des résultats

Ce travail a permis d'apporter un éclairage sur les éléments susceptibles de déterminer le fait de mettre en œuvre une aide au sevrage tabagique dans les pratiques de soins en cancérologie, ainsi que ceux favorisant ou limitant le recours au sevrage tabagique chez les patients atteints de cancer. La connaissance et la prise en compte de ces paramètres sont primordiales pour proposer des moyens d'action adaptés au milieu d'intervention ciblé par cette étude.

Les résultats de l'enquête qualitative menée au sein d'un CLCC de Nouvelle-Aquitaine ont permis de mettre en évidence certains freins et leviers à ce recours, complémentaires à des études préalablement menées.

Les professionnels de santé exerçant dans le domaine cancérologique intègrent de manière courante le sujet du tabagisme dans leurs pratiques professionnelles, mais de manière limitée au vu des recommandations émises par les autorités scientifiques. En effet, ils questionnent généralement systématiquement la consommation de tabac mais en cas de consommation active ne savent pas précisément orienter ou délivrer des conseils à l'arrêt afin d'accompagner les patients vers un sevrage. Ces constats prévalent tant pour les patients manifestant un souhait d'arrêt que pour ceux pour qui le professionnel considère comme ayant des bénéfices majeurs à arrêter. Toutefois, nombreux sont les professionnels estimant que le moment de l'annonce du cancer n'est pas propice à l'arrêt du tabac : la charge émotionnelle forte vécue suite à l'annonce et le chamboulement du quotidien engendré par la maladie représentent une situation trop complexe à gérer simultanément. Cependant, l'opinion des professionnels sur l'arrêt change en fonction de l'évolution de la maladie et la tolérance des traitements. Ainsi, dans la mesure où le patient va devoir apprendre à vivre longtemps avec la maladie (du fait d'une rémission ou d'une chronicisation de celle-ci), alors les professionnels ont tendance à être plus exigeants sur l'importance d'arrêter, mais restent limités dans les recours d'aide et de soutien à offrir aux patients. Malgré tout, les professionnels ont conscience des bénéfices de l'arrêt du tabac à tout moment et portent un intérêt au sujet. Cependant, ils décrivent des freins à la fois organisationnels, sociaux et individuels au fait d'intégrer cette problématique de manière optimale dans leur champ d'activité.

Les patients interviewés présentent chacun un parcours de vie et un cheminement face à l'arrêt du tabac différents. De multiples facteurs interviennent dans le processus d'arrêt, ce qui ne permet pas de savoir à quel moment du parcours de soins et selon quels facteurs se déclenche la démarche d'arrêt. Tous présentent un tabagisme actif ancien, ce qui semble renforcer le processus de dépendance. Le tabagisme fait partie des habitudes, du contexte de vie, voire de l'identité de chacun d'entre eux. Le cancer a constitué un événement marquant de leur vie, les a parfois interrogés sur leur consommation tabagique, mais ne semble pas avoir été le déclencheur d'un impératif d'arrêt, quel que soit le type de cancer. Tous ayant désormais terminé la phase de traitement de leur cancer, ils semblent vouloir essayer ou bien ont arrêté le tabac, principalement dans l'objectif d'améliorer leur qualité de vie en diminuant les symptômes ressentis provoqués par l'usage du tabac. Dans cette

optique, l'orientation vers un professionnel ressource pour être accompagné dans cette démarche s'est faite tardivement et n'a pas été spontanée face au recueil systématique du statut tabagique au début du parcours de soins. Tous semblent satisfaits de l'aide qui leur a été proposée mais le manque d'information de la part des médecins oncologues a été souligné.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Comparaison avec la littérature

La littérature disponible sur le sujet et la présente étude révèlent de nombreux déterminants au fait de recourir au sevrage tabagique dans le contexte de soins du cancer. La revue de littérature réalisée en amont a essentiellement permis de confirmer les éléments identifiés au cours des entretiens.

Du point de vue des soignants, des déterminants organisationnels sont repérés comme impactant défavorablement le fait de mettre en œuvre une démarche d'aide à l'arrêt du tabac. Le manque de supports et d'outils à disposition pour informer et orienter les patients a été relevé par une grande majorité des professionnels interviewés, comme cela se retrouve au sein de nombreuses études (46–51,62–66). Le manque de professionnels ressources spécialisés vers qui relayer l'accompagnement pose aussi problème aux professionnels de l'établissement (50,51). Se retrouvent également de manière commune à la littérature le manque de temps au vu de la charge de travail et du délai restreint prévu pour chaque consultation (34,39,42,46–51,62,64,65,67,68), ainsi que le manque de formation (34,39,42,46–51,63–65,67–69). De manière plus globale, le faible investissement du sujet dans l'établissement perçu par les professionnels ne les incite pas à développer leur engagement sur le sujet, ce qui alimente le fait de considérer comme prioritaire le traitement exclusif du cancer, et secondairement le tabagisme (49,62,67,68). A l'inverse, une étude a démontré le fait que prôner l'intégration de l'arrêt du tabac comme partie intégrante du traitement d'un cancer constituait un levier au fait d'intégrer cette démarche dans les pratiques courantes (47,48). Des freins individuels ont également pu être identifiés communément à des études préalablement menées. Ces limites concernent d'une part les professionnels eux-mêmes : manque de connaissances et compétences perçues en matière de traitement du sevrage tabagique (34,44,50,68), ou bien encore leur rôle perçu pour traiter ce sujet dans les pratiques (13,34,42,44,49). En effet, bien souvent les professionnels estiment qu'il n'est pas de leur rôle de délivrer des conseils et assurer un suivi de la démarche de sevrage. Également, nombreux sont les professionnels à considérer qu'il est trop difficile d'arrêter le tabac en même temps que combattre un cancer (13,33), ce qui influence inévitablement leurs pratiques. Ce postulat va souvent de pair avec la crainte exprimée par les professionnels d'augmenter le stress et l'anxiété des patients (34,50). La crainte de culpabiliser les patients, aspect évoqué à plusieurs reprises lors des entretiens, est aussi retrouvé dans la littérature, suscitant une inquiétude vis-à-vis de la relation soignant-soigné (34,44,49,51,62,65,69). De plus, la variation de la perception des bénéfices à l'arrêt selon la stade de la maladie est bien documentée, avec une perception des bénéfices faible à arrêter pour les patients présentant une maladie avancée, les professionnels associant la cigarette à un des plaisirs restants en fin de vie notamment (44,47,50,62,65). Enfin, être fumeur actif a été identifié dans la littérature comme étant un facteur limitant dans les pratiques (34,67,70) mais positif en termes de compréhension des patients puisqu'une étude a révélé que les soignants fumeurs présentent moins de réactions stigmatisantes à l'égard des personnes atteintes d'un cancer du poumon, et en particulier fumeuses lors de la survenue du cancer (70). Toutefois, cet élément n'a pas été abordé spécifiquement au cours des entretiens, probablement du fait que la majorité des professionnels interviewés ne fument pas. D'autre part, les déterminants individuels relatifs aux patients et perçus par les professionnels portent principalement sur la motivation des patients à

l'arrêt (34,49,65,66,68,69), qui peut influencer les interactions avec les patients fumeurs. Enfin, des facteurs sociaux sont soulignés dans les interviews tels que l'influence du contexte de vie et de l'entourage sur l'arrêt. Un manque de soutien adéquat des proches dans la démarche d'arrêt est retrouvé dans la littérature comme étant un facteur limitant une perspective de sevrage (69). D'autres éléments constituant davantage des leviers abordés par certains professionnels rejoignent des données de la littérature comme la perception de l'impact du tabagisme sur l'efficacité des traitements ou l'évolution du cancer, motivant les professionnels à aborder plus profondément la problématique du tabagisme (47,48). Également, le fait d'avoir une opinion positive des interventions de sevrage tabagique dans ce contexte favorise l'implication des professionnels à ce sujet (68).

Les entretiens menés auprès des patients ont permis de mettre en lumière des facteurs qui semblent influencer sur le recours à une démarche d'arrêt du tabac à la suite d'un diagnostic de cancer. Ces déterminants sont dans leur ensemble retrouvés dans la littérature, qui apporte également quelques spécificités supplémentaires. Si l'on s'intéresse en premier lieu à des déterminants systémiques, l'accessibilité des soins de sevrage est un facteur abordé principalement par une participante à l'enquête et apparaît comme essentiel au fait de recourir à une aide à l'arrêt pour les patients dans la littérature (71,72). Également, le fait de recevoir une information claire et des conseils d'arrêt sur le sevrage par les professionnels de santé favorise le souhait de recours à un accompagnement (13,33,73,74). Ce constat rejoint le manque de connaissances exprimé par un enquêté vis-à-vis des effets du tabac spécifiquement dans le cadre du traitement d'un cancer, qui d'après la littérature constitue un obstacle courant à l'arrêt du tabac (65,74). Des déterminants sociaux sont en second lieu influents dans l'arrêt du tabac en contexte cancérologique. En effet, une étude souligne tout particulièrement l'action importante de l'environnement social du tabagisme sur la capacité d'une personne à cesser l'usage du tabac (75). Ainsi, la perception du soutien social dans la maladie et dans la démarche d'arrêt du tabac est déterminant (50,65,71,74,76–78). Ce soutien revêt deux formes : celui de l'entourage, et celui des professionnels de santé au cours du parcours de soins. Par ailleurs, comme cela a été exprimé par plusieurs enquêtés, le comportement tabagique de l'entourage proche, et notamment du conjoint, influence favorablement ou défavorablement l'usage du tabac pour le patient (74,75,77,79). Pour certains, le tabagisme représente une norme sociale et constitue un outil de communication et de rapprochement avec les amis, propos qui font écho à ceux d'une patiente interviewée parlant de la cigarette comme faisant partie de son identité (76). D'autre part, une étude menée auprès de 801 patients atteints d'un cancer du poumon permet de mettre en évidence un fait social important : les sujets présentant un faible niveau d'éducation ont tendance à davantage fumer, de manière plus durable et arrêtent moins souvent de fumer que les sujets ayant un niveau d'éducation élevé (80). Cette hypothèse n'a pas réellement pu être mise en évidence au cours des entretiens dans le cadre de ce travail mais est à considérer fondamentalement pour aborder le sujet des inégalités face à la consommation dans le cadre de préconisations ultérieures. Enfin, de multiples déterminants individuels ont été identifiés dans les entretiens conjointement avec la littérature. Ainsi, la douleur, mais aussi l'augmentation du stress et de l'anxiété dans le contexte de survenue du cancer favorisent le recours au tabac comme moyen de gérer ses émotions notamment (13,33,44,71,74,76–78,81,82). La dépendance, étroitement liée à l'ancienneté du tabagisme (77,50), et la notion d'habitude abordés par l'ensemble des enquêtés se retrouvent couramment dans la littérature comme étant des freins au recours au sevrage (50,71,74,76). Ces déterminants rejoignent la notion d'auto-efficacité, prépondérante dans le contrôle perçu de la consommation et la motivation à envisager l'arrêt (50,62,69,71,72,77,79,81). Les bénéfices perçus à l'arrêt, illustré lors des entretiens par une volonté « *d'aller mieux* » et de mener une vie plus saine, apparaissent logiquement dans la littérature comme étant des leviers à l'arrêt du tabac (65,74,76,83). Enfin, des croyances liées au tabagisme et des représentations peu favorables à l'utilisation de traitements de substitution ou de sevrage limitent aussi le recours à une aide à l'arrêt,

tel que cela a été illustré au cours des entretiens (71,76,77,84). Enfin, le type de cancer, l'âge (être un sujet jeune âgé de moins de 65 ans étant défavorable à un arrêt), ou bien encore la perception du lien entre le tabagisme et la survenue du cancer constituent des éléments déterminants dans l'arrêt du tabac (13,16,44,73,74,79,83,85). Les expériences personnelles de cancers attribuables à d'autres causes que le tabac et le fatalisme exprimé par certains patients constituent également des obstacles face à un arrêt de la consommation (33,44,62,76).

Ainsi, la mise en lien des résultats issus de l'enquête avec une recherche aboutie de la littérature sur le sujet permet de rendre compte d'une certaine concordance, ce qui constitue une base solide afin d'élaborer des préconisations dans le contexte cancérologique.

4.2.2 Forces de l'enquête

4.2.2.1 Choix de la méthodologie retenue

Le choix de recourir à des méthodes qualitatives dans le cadre de ce travail a permis de produire des données riches et complexes sur le sujet de l'arrêt du tabac dans le contexte de survenue d'un cancer, à partir d'un échantillon choisi tout particulièrement pour sa pertinence par rapport à l'objet traité et les objectifs qui ont été définis en amont.

La réalisation d'entretiens semi-directifs du point de vue des professionnels de santé a permis de traiter en profondeur le sujet, depuis la compréhension de la situation actuelle vis-à-vis de l'aide au sevrage dans les pratiques, jusqu'au positionnement de chaque professionnel sur la question, tout en recueillant les possibilités d'amélioration de la situation. Cela permet d'assurer une certaine acceptabilité et contextualisation de ces mesures.

Le fait d'avoir combiné à la fois le point de vue des professionnels et des patients sur un même sujet est un atout-clé dans l'élaboration de moyens d'actions puisque les besoins et les points de vue de l'ensemble des parties prenantes représentées ont été recueillis, ce qui garantit une étape diagnostique robuste. Ainsi, le fait de comprendre comment les fumeurs actuels et les anciens fumeurs perçoivent les risques du tabagisme, leur comportement vis-à-vis du tabac, ainsi que leurs attitudes et expériences vis-à-vis de l'usage, constitue un élément préalable fondamental pour la conception d'une intervention efficiente visant à aider les patients atteints de cancer à parvenir à un sevrage du tabac durable.

4.2.2.2 Apports des professionnels interviewés

Une diversité de profils de professionnels a été interviewée dans le cadre de cette enquête, ce qui permet d'avoir une vision globale et transversale de la question du tabagisme dans le contexte cancérologique. Chacun, selon son corps de métier et son positionnement dans la structure, a une approche différente à la personne soignée et au contexte institutionnel, ce qui permet une certaine richesse et complémentarité des propos recueillis.

4.2.2.3 Position d'enquêtrice issue d'une formation paramédicale

Le fait d'être issue d'une formation infirmière, d'avoir exercé en milieu hospitalier durant plusieurs années, et en l'occurrence dans le domaine de la cancérologie, m'a permis d'une part de gagner facilement la confiance des professionnels lors des entretiens, de bien comprendre le discours médical et le fonctionnement des modalités du parcours de soins, mais a aussi semblé donner du poids à ma démarche. Cet élément a notamment été souligné spontanément par un médecin oncologue en début d'entretien : « *Je fais partie des gens qui pensent que c'est capital pour réfléchir aux soins, à l'organisation des soins, à la promotion des soins, il faut être passé par le soin. C'est-à-dire j pense qu'il faut avoir connu le soin, les soucis des soignants et avoir touché le métier, et*

excusez-moi le terme, les mains dans l' cambouis et pas toujours avoir été dans un bureau à réfléchir. C'est pour moi très important et je défends beaucoup ça. »

Du côté des patients, cette expérience dans le domaine des soins infirmiers semble avoir facilité la mise en confiance lors des échanges par la mobilisation de concepts relationnels tels que l'écoute active, l'empathie et la reformulation par exemple.

4.2.3 Limites de l'enquête

4.2.3.1 Limites de l'échantillon d'étude

Plusieurs limites relatives à l'échantillon d'étude sont observables.

Il aurait été intéressant de réaliser davantage d'entretiens auprès de professionnels de santé afin de donner plus de poids à l'enquête. Avoir d'autres corps de métiers concernés par le sujet représentés dans ce travail aurait été profitable afin de croiser d'autres points de vue et cibler davantage les préconisations élaborées. Ce choix aurait notamment pu s'étendre à des médecins généralistes en ville afin d'avoir une approche complémentaire du sujet, faisant eux-mêmes partie intégrante du parcours de soins du patient atteint de cancer. Cela aurait permis entre autres de mettre en évidence la coordination ville-hôpital, et non le cloisonnement des soins au milieu hospitalier. Il en est de même pour les patients, pour qui un nombre plus conséquent d'enquêtés aurait été bénéfique pour enrichir l'analyse.

Cependant, le contact des participants a été rendu difficile dans son ensemble du fait du contexte sanitaire créé par la pandémie de Covid-19. D'une part, les professionnels ont été contactés volontairement assez tardivement dans l'avancement du stage par crainte de les importuner dans leurs priorités actuelles, considérant particulièrement la charge de travail imposée par le contexte inédit. D'autre part, les patients n'ont pas pu être contactés directement du fait de ne pas être présente de manière physique sur le lieu de stage et n'ayant pas accès aux dossiers patients. Ainsi, une professionnelle intermédiaire s'est chargée de les solliciter, ce qui a compliqué la démarche et a pu freiner l'adhésion à l'enquête. Ce procédé a également impacté le choix des patients enquêtés qui étaient de fait déjà intégrés dans une démarche d'aide à l'arrêt du tabac puisque sollicités par une psychologue addictologue. De ce fait, pour certains, le début de la prise en charge du cancer remonte à plusieurs années, ce qui a pu altérer les souvenirs sur le sujet.

La sélection des enquêtés s'est ainsi faite dans son ensemble sur la base du volontariat, avec des aménagements contraints (réalisation des entretiens par téléphone ou visiophonie uniquement), ce qui a pu impacter le nombre de répondants qui s'en est retrouvé limité. A l'inverse, un biais de désirabilité sociale est aussi à considérer dans la mesure où les participants ayant accepté l'entretien portent probablement un intérêt particulier au sujet.

4.2.3.2 Limites de la méthodologie retenue

Pour répondre aux objectifs de ce travail, la réalisation d'un focus group a été initialement idéalement envisagé pour capitaliser les différentes expériences communes vécues autour du tabagisme par les patients. Le fait de réunir des profils divers autour d'un même sujet avait pour ambition de déceler les points importants sur lesquels agir en tant qu'acteur de promotion de la santé. Cependant, pour les mêmes raisons citées précédemment, ce choix s'est révélé impossible d'un point de vue logistique du fait du confinement.

Même si la réalisation d'entretiens est propice à l'intimité du partage du vécu, l'expérience du cancer reste un événement douloureux pour les patients et suscite de vives émotions. Le choix du recours à des méthodes qualitatives a semblé essentiel pour traiter le sujet de l'intégration de l'aide au sevrage tabagique dans le parcours de soins mais l'abord des différents thèmes, évoquant

inévitablement la survenue du cancer, a provoqué la résurgence d'expériences douloureuses et de vécus parfois traumatiques.

Par ailleurs, les données recueillies n'ont pas permis de montrer clairement comment les caractéristiques socio-économiques affectent le comportement des patients vis-à-vis du tabac, tel que cela a pourtant pu être démontré dans la littérature, ce qui sous-entend potentiellement que le guide d'entretien élaboré en amont ne s'est pas montré propice à l'abord spécifique de cet aspect.

4.2.3.3 Limites de l'analyse des données

Malgré le fait que l'ensemble des données issues des entretiens aient été conservées pour l'analyse, le codage et la classification des verbatims laissent une grande part à l'interprétation et impliquent donc une certaine subjectivité, malgré le fait que les supports d'entretien aient été conçus en amont sur des données issues de la littérature. Le contexte de collecte des données est également à considérer dans les résultats. Il est déterminant de principe mais a été tout particulièrement impacté défavorablement dans cette étude du fait de la réalisation exclusive de l'ensemble des entretiens par téléphone ou visiophonie. Enfin, la pratique de l'entretien semi-directif et de l'analyse des données qui en découlent nécessite inévitablement une certaine expérience qui se développe au cours de la pratique professionnelle.

5 Préconisations

Des préconisations et des pistes de réflexion ont pu être formulées à l'issue de cette enquête dans le but de promouvoir le sevrage tabagique de manière systématique, personnalisée et suivie durant le parcours de soins des patients atteints de cancer, selon une démarche de promotion de la santé. Celles-ci ont été élaborées à la fois à l'issue des résultats de l'enquête à partir des freins et leviers identifiés, et reposent également sur des axes stratégiques permettant de mettre en œuvre un modèle d'hôpital promoteur de santé. En effet, au-delà du sevrage tabagique, il s'agit d'intégrer plus largement une démarche globale et positive de la santé au sein de l'établissement, ouvrir la conception de la santé actuelle des soignants, l'organisation et les pratiques de soins vers une culture de promotion de la santé.

Ces pistes de réflexion ont été mûries avec et pour les professionnels de santé et les patients grâce aux entretiens menés de manière complémentaire aux données de littérature, et ce parallèlement aux perspectives dans lesquelles l'établissement semble engagé pour les années futures.

L'ensemble de ces recommandations visent à créer un environnement favorable à l'intégration d'un modèle global de la santé, où les déterminants de santé du milieu de vie sont considérés et les pratiques soignantes orientées en faveur de l'*empowerment* des patients notamment. Le fait de tendre vers ce changement de paradigme peut constituer indirectement un moyen de favoriser l'intégration de l'aide au sevrage tabagique de manière efficiente dans les pratiques soignantes. Il est toutefois important de préciser que ces préconisations résultent de l'enquête de terrain menée, d'observations informelles, de données de littérature et de connaissances acquises durant le cursus de Master. Ainsi, elles n'aspirent pas à être exhaustives, mais constituent une base de réflexion. En outre, bien qu'elles soient issues d'un exemple précis de CLCC, elles peuvent potentiellement être transférables à d'autres établissements de santé ayant pour vocation d'intégrer davantage de promotion de santé dans leurs orientations futures.

5.1 Promouvoir la santé au sein de l'Institut

5.1.1 Réorienter les missions des services de soins vers la promotion de la santé

Les fondements de la promotion de la santé à l'hôpital reposent sur la charte d'Ottawa, et tout particulièrement sur la réorientation des services de santé vers la promotion de la santé (86). Dans cette idée, un établissement promoteur de santé est un lieu de santé qui enrichit sa culture et ses pratiques de soins d'une démarche et d'actions de promotion de la santé à destination des patients, proches, professionnels de santé et habitants du territoire (87). En intégrant à la culture professionnelle curative de l'hôpital, à son expertise et à son organisation des principes et des interventions de promotion de la santé, une amélioration et un maintien de la santé sont visés, mais aussi le développement d'une « santé positive » telle que prônée par la discipline (86,87). Le tableau 4 en annexe 10 présente une synthèse des éléments traduisant cette évolution de culture de la vision curative de l'hôpital vers une vision de la santé globale et dynamique.

Le réseau français des hôpitaux promoteurs de santé (HPH) se développe progressivement depuis sa création en 1991 lors des conférences mondiales de l'OMS, et l'Institut Bergonié a rejoint celui-ci tout récemment, depuis le mois de juillet 2020. Cette adhésion confirme la volonté de l'établissement de s'engager en faveur du développement de la promotion de la santé en son sein, malgré le fait que la promotion de la santé relève d'une logique exigeante et demeure actuellement encore très éloignée de la plupart des pratiques actuelles en France.

5.1.2 Implications en pratique

De manière concrète, plusieurs suggestions seraient à proposer dans cette perspective, basées notamment sur la déclaration de Vienne de 1997 qui renforce cette orientation en présentant des stratégies d'implantation de la démarche des hôpitaux promoteurs de santé et sur les recommandations du réseau français des hôpitaux et structures promoteurs de santé (88) :

- **Intégrer une logique de santé axée sur la qualité de vie des usagers et des familles au-delà de la lutte contre les maladies :**

Pour ce faire, un changement de paradigme est à opérer du point de vue des professionnels du soin, nécessitant au-delà de l'importance d'assurer une qualité et une sécurité des soins en faveur du traitement de la maladie une considération de l'individu dans son ensemble, et notamment dans son contexte de vie. Ainsi, au-delà de s'intéresser au pronostic vital du patient atteint de cancer, doivent être également ciblés le pronostic fonctionnel et la qualité de vie des patients (58). Cela peut se faire grâce à des dispositifs d'éducation thérapeutique du patient (ETP) mis en place au sein de l'établissement ou en relais, ou bien grâce à des actions de prévention sur diverses thématiques.

- **Poursuivre et renforcer la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé des personnes fréquentant l'Institut ou résidant à proximité :**

Au-delà de l'investissement de l'établissement et de ses acteurs dans le déploiement d'une offre de soins innovante, il s'agit d'avoir aussi une vision globale de la santé et s'impliquer dans les déterminants de santé de la population. Cela se traduit par une identification des besoins de santé locaux et une réponse adaptée par la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé intra et hors les murs sur des problématiques identifiées, tel que cela se déploie progressivement depuis la création de l'unité Prev-Info. Il semble dans cette optique nécessaire de renforcer cette dynamique en multipliant ces actions à l'avenir.

- **Favoriser un partenariat avec d'autres acteurs de santé pour assurer la continuité des soins :**

Ce volet sous-tend le développement d'une prise en charge globale, un décloisonnement de l'hôpital et une coordination des acteurs de santé du territoire. Cet objectif peut prendre forme par exemple par une amélioration du partenariat entre les professionnels de santé et les professionnels sociaux, mais aussi en mobilisant la capacité des soignants de l'hôpital à interagir et construire des partenariats durables avec les acteurs du territoire sur différentes thématiques. La complémentarité des acteurs de l'hôpital et des autres acteurs du territoire agissant sur les déterminants de la santé favorise le déploiement d'interventions efficaces permettant aux individus d'améliorer la maîtrise de leur propre santé, et permet également une organisation optimale des soins de proximité et la garantie d'un continuum dans le parcours de soins des patients.

- **Faire de l'établissement un lieu propice à des conditions de vie et de travail favorables pour la santé de chacun :**

Promouvoir la santé au sein de l'Institut passe aussi par la considération et l'implication de l'organisation générale de l'établissement en faveur de conditions de vie et de travail favorables au bien-être et la santé de tous. Cet axe met notamment l'accent sur la promotion de la qualité de vie au travail. Réduction de l'exposition aux risques professionnels et valorisation des parcours professionnels sont des exemples d'implications concrètes permettant de promouvoir la santé au travail.

- **Faciliter la participation effective et concrète des usagers et des professionnels aux décisions qui concernent leur santé :**

Impliquer l'ensemble des acteurs (patients, salariés, administration et communauté) dans une culture participative de décision constitue un fondement de la démarche. Il est important de favoriser les principes de participation et d'équité dans une perspective de démocratie en santé. L'expression des besoins et des attentes de chacun permet d'élaborer des interventions efficaces et contextualisées. Ce principe peut se mettre en œuvre au sein de l'établissement en faisant appel à des représentants des usagers, comme cela est actuellement le cas lors des conseils d'administration. Également, des focus group peuvent être organisés sur des thèmes identifiés afin de déterminer des stratégies d'intervention. Cet axe constitue par ailleurs une des orientations opérationnelles du PRS 2018-2028 de la Nouvelle-Aquitaine : « *Renforcer la place du citoyen et de l'utilisateur au sein du système de santé* ».

5.2 Développer l'aide au sevrage tabagique dans les pratiques de soins en cancérologie comme moyen de contribuer à la promotion de la santé

La mise en œuvre de ces stratégies en faveur du développement de la promotion de la santé au sein de l'Institut va permettre in fine de favoriser de manière optimale l'intégration de l'aide au sevrage tabagique auprès des patients fumeurs de manière courante au sein de l'établissement.

En s'orientant davantage vers la promotion de la santé au-delà des missions de soins qui lui sont dévolues, l'Institut ouvre la voie à des actions de prévention et promotion de la santé en faveur des publics le fréquentant et en faveur des habitants du territoire plus largement. Des préconisations spécifiquement centrées sur le sujet de ce travail ont été élaborées, se déclinant en deux grands axes : d'une part d'un point de vue structurel, et d'autre part dans le but d'agir sur le développement des aptitudes individuelles. Ce second axe étant issu de la Charte d'Ottawa, document socle de la discipline, il vise à permettre un meilleur contrôle de l'individu sur sa santé, objectif-clé dans un contexte de tabagisme chez un patient atteint de cancer.

5.2.1 La réorientation des services de santé vers la promotion de la santé via une démarche « Hôpital sans tabac »

L'établissement a entrepris plusieurs mesures pour promouvoir la santé, et notamment en entreprenant une démarche d'Hôpital sans tabac. Cette volonté s'est traduite en premier lieu par l'adhésion de l'Institut au Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD), association qui fédère de nombreux établissements de santé engagés dans la prévention et la prise en charge des addictions (89). Cette adhésion marque le lancement progressif de mesures visant à réduire le tabagisme telles que la mise en place d'un comité de pilotage de prévention du tabagisme, qui se réunit fréquemment et la mise en place d'une signalétique informant de cette certification au sein de l'établissement. Cependant, d'autres propositions peuvent être formulées pour compléter la mise en œuvre de cette démarche et parallèlement promouvoir l'aide au sevrage tabagique dans le parcours de soins du cancer, en cohérence avec les résultats de l'enquête :

- **Développer des actions sur le thème du tabac au sein de l'établissement à destination des usagers, salariés et accompagnants :**

Tel que cela a été souligné par un professionnel interviewé, il est important qu'un CLCC soit pro-actif sur le sujet en valeur d'exemple. Au-delà des actions menées durant le mois sans tabac, développer des actions répétées sur l'année pourrait permettre d'intégrer la préoccupation du tabagisme comme élément constitutif de l'établissement, et par conséquent de la prise en charge d'un patient atteint de cancer. Ces actions peuvent prendre la forme d'ateliers organisés autour de thèmes en lien avec la consommation comme la gestion des envies de consommation, ou des habitudes. Également, des ateliers de relaxation peuvent être envisagés.

- **Accroître la communication autour de la politique lieu sans tabac de l'établissement :**

Une visibilité importante des mesures déployées et des informations sur la lutte contre le tabagisme est à favoriser si l'on souhaite que le sujet soit davantage investi au sein de l'Institut. A l'intention du grand public, cette communication peut être réalisée via le site internet de l'Institut Bergonié qui est régulièrement actualisé et alimenté. En interne, un intranet et des boîtes mail internes sont aussi fréquemment utilisés pour diffuser de l'information au personnel, ce qui peut constituer un outil majeur pour diffuser largement aux équipes les actions relatives à la lutte contre le tabac.

5.2.2 Développer les ressources professionnelles pour favoriser l'intégration du sujet dans les pratiques

- **Mettre en place des formations à destination des professionnels de santé de l'Institut visant à accompagner le sevrage tabagique pour les patients fumeurs :**

Actuellement, aucun plan de formation en lien direct avec l'aide au sevrage tabagique n'est disponible pour les professionnels de l'Institut. En référence à l'axe 2 (action 9) du programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 (14) : « *former et soutenir les professionnels de santé pour accompagner vers le sevrage et promouvoir un discours bienveillant vis-à-vis des fumeurs* », un plan de formation pourrait être mis en œuvre afin d'améliorer les connaissances et compétences des professionnels sur le sujet, qu'ils perçoivent comme étant limitées. Ces formations devraient porter sur le repérage du statut tabagique, les bénéfices du sevrage pour les patients atteints de cancer, l'abord du sujet avec les patients dans la relation soignant-soigné, les conseils d'aide à l'arrêt et les différentes méthodes de sevrage disponibles. Des formations-type sont proposées par le RESPADD auquel l'Institut a adhéré, et pourraient répondre à cette préconisation.

- **Poursuivre et renforcer le repérage systématique des patients fumeurs dès la première venue avec la mise en place d'une zone de recueil structurée et dédiée au sein du dossier médical informatisé :**

Le repérage systématique du statut tabagique semble être une pratique couramment mobilisée par les professionnels de l'Institut. Or, sa traçabilité au sein du dossier patient informatisé est peu visible. En pratique, il faut que le professionnel aille chercher l'information consignée au sein du compte-rendu médical pour obtenir l'information relative à la consommation tabagique. Ce procédé peut réellement freiner la préoccupation du soignant vis-à-vis du tabagisme actif du patient. Ainsi, augmenter la visibilité de la prise en charge relative au tabac peut interpeller les soignants sur le sujet et les motiver à contribuer à l'accompagnement et au suivi de la démarche.

- **Promouvoir une collaboration pluridisciplinaire dans l'aide au sevrage**
- **Élaborer un guide de bonnes pratiques relatif à la prise en charge des patients fumeurs en oncologie à l'intention des professionnels de santé :**

Cet outil pourrait être élaboré avec le soutien du RESPADD et comprendre les conseils et informations utiles aux professionnels pour aborder le sujet de l'arrêt du tabac au cours du parcours de soins oncologiques. Ce support pourrait également rassembler les ressources d'orientation spécialisées pour les patients désireux de débuter un suivi dans la démarche d'arrêt. Mis à disposition de l'ensemble des services de soins et des professionnels intervenant dans le parcours de soins du patient, chaque professionnel aura un support fiable pour promouvoir une aide à l'arrêt du tabac dans les pratiques courantes.

- **Élaborer un support de transmission sur le suivi tabacologique des patients entre les professionnels de l'établissement et le médecin traitant :**

Le médecin traitant joue un rôle crucial dans le parcours de soins coordonnés et assure notamment une prévention personnalisée sur plusieurs sujets, dont l'aide à l'arrêt du tabac. Intégrer ce professionnel dans la démarche d'aide à l'arrêt semble nécessaire car il va assurer un suivi sur le long cours du patient. En ce sens, construire un outil de liaison sur la démarche d'arrêt du tabac permet de centraliser les informations utiles à un accompagnement optimal du patient dans sa démarche. Ce support pourrait également contenir des outils pratiques, des conseils et des informations utiles pour le patient.

5.2.3 Développer l'acquisition d'aptitudes individuelles

Dans ses fondements, la promotion de la santé soutient « [...] le développement individuel et social par le biais de l'information, de l'éducation pour la santé et des aptitudes indispensables à la vie (90) ». L'enquête a démontré le besoin d'informer et de soutenir les patients en vue d'un retour à la vie quotidienne après le traitement d'un cancer. Il apparaît important et décisif que les professionnels de santé mobilisent leurs efforts pour permettre une réinsertion optimale dans la phase après-cancer sur tous les pans de la vie sociale, par la considération du contexte de vie et des habitudes de chaque individu. En ce sens, des préconisations spécifiquement à destination des patients sont essentielles et pourraient porter sur plusieurs axes.

- **Disposer d'un outil servant de support informatif et de ressource pour accompagner la démarche d'arrêt :**

Cet outil pourrait se présenter sous la forme d'un livret, papier ou numérique, qui intègre la notion de littératie en santé, définie comme étant « la capacité des individus à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations utiles pour pouvoir fonctionner dans le domaine de la santé et agir en

faveur de leur santé (91) ». En ce sens, il est important de rendre accessible, attractif et compréhensible ce support. Disposant d'informations contextualisées au cadre du cancer, il pourrait contenir des informations positives, privilégiant la notion de bien-être : bénéfiques de l'arrêt sur le traitement du cancer et la vie quotidienne, techniques mobilisables individuellement pour pallier au manque de la cigarette, professionnels et ressources de proximité, évaluation de l'évolution dans la démarche (bénéfices ressentis et consommation tabagique par exemple). Afin de répondre au mieux aux besoins des patients, cet outil pourrait être co-construit avec les bénéficiaires-mêmes de cet outil.

- **Définir des professionnels ressources pour assurer un accompagnement à l'arrêt en interne mais aussi en coordination avec le territoire pour assurer un suivi de la démarche à long terme :**

Tel que cela a été énoncé par l'ensemble des professionnels enquêtés et par un des patients, le tabacologue présent auparavant à l'Institut constituait une ressource-clé dans l'accompagnement vers l'arrêt du tabac. Ainsi, définir un professionnel-ressource spécialisé en tabacologie au sein de l'établissement constitue un aspect majeur pour soutenir les professionnels de santé dans l'investissement du sujet dans les pratiques courantes. Ce professionnel pourrait être sollicité pour accompagner plus spécifiquement les patients dans un deuxième temps, après le repérage du statut tabagique par les professionnels des services. Également, le recensement de professionnels assurant des consultations de sevrage tabagique sur le territoire est préconisé, notamment pour les patients ne vivant pas à proximité de l'Institut. Ces consultations sont pour la majorité remboursées par la Sécurité sociale au tarif conventionnel en vigueur, ce qui en favorise l'accessibilité.

- **Prendre en compte les perceptions des patients concernant les méfaits du tabagisme et de leurs besoins exprimés lors de la planification d'un accompagnement au sevrage :**

L'arrêt du tabac n'est pas anodin. Comme cela a pu être perçu au cours des entretiens il s'agit bien souvent d'une habitude ancrée depuis de nombreuses années, qui participe à l'identité-même des individus. L'annonce d'un cancer est un bouleversement à de multiples niveaux et génère un stress majeur. Chaque individu perçoit et réagit différemment face à ce type d'expérience et le rapport au tabagisme qui peut en découler est variable d'un individu à un autre. Il est primordial que les professionnels sachent tenir compte des perceptions de chacun et sachent adapter leur posture en ce sens. L'expérience des professionnels interviewés démontre l'importance accordée à la personnalisation de la prise en charge du traitement du cancer. Il est important que cette conception se mette en œuvre également dans l'accompagnement vers un arrêt du tabac. En ce sens, la formation proposée aux professionnels peut comporter un volet considérant cet aspect, notamment en mettant en œuvre des résolutions de cas cliniques concrets.

- **Organiser des ateliers de groupe sur la thématique du tabac :**

Mettre à disposition un lieu et un temps d'échanges pour les patients vivant des situations semblables permet de partager un vécu et trouver soutien et réconfort auprès de pairs. Accessibles librement à tous les patients et animés par des professionnels de l'Institut spécialisés dans les addictions, la proposition régulière de ces temps d'échanges peut permettre de trouver des ressources supplémentaires pour tendre vers un arrêt.

- **Intégrer les proches accompagnants à la démarche d'arrêt du tabac :**

Tel que cela a été souligné au cours des entretiens réalisés, l'influence et le soutien des proches est déterminant dans l'arrêt du tabac. Il est ainsi important de les intégrer aux stratégies déployées en faveur d'un accompagnement à l'arrêt de l'usage.

5.3 Intégrer la recherche sur les déterminants de santé et les méthodes d'intervention

Élargir les missions de l'hôpital en intégrant une organisation davantage centrée sur l'ensemble des besoins de l'individu nécessite de disposer de méthodes et données probantes pour déployer des actions efficaces. En ce sens, soutenir et promouvoir la recherche sur les déterminants de santé semble incontournable afin d'en comprendre les fondements et les impacts. Également, disposer de méthodes d'intervention validées et efficaces en termes de promotion de la santé constitue un atout majeur pour développer cette approche dans les établissements de santé. La recherche interventionnelle prend tout son sens pour répondre à cet enjeu. En s'intéressant non seulement à l'efficacité et l'impact des interventions, ces sciences vont aussi en étudier les conditions d'efficacité. C'est en s'appuyant sur ce type de données probantes que des interventions efficaces vont pouvoir être implantées dans les lieux de santé, à l'image de l'étude PROSE-CAN pour accompagner au sevrage tabagique des patients atteints de cancer.

6 Conclusion

La question de l'arrêt du tabac semble incontournable dans le parcours de soins d'un patient atteint de cancer. Toutefois, la réponse à apporter du point de vue des professionnels de santé intervenant dans ce parcours n'est pas simple et universelle. Chaque situation individuelle est différente, et il importe que les pratiques professionnelles qui en découlent soient davantage centrées sur les besoins de l'individu considéré dans sa globalité. Relever ce défi implique d'intégrer de manière complémentaire à la logique curative courante des établissements de santé une approche promotrice de santé. Par la création d'un département de santé publique et par l'adhésion au réseau des hôpitaux promoteurs de santé, l'Institut Bergonié élargit le cadre de ses missions au profit des patients accueillis et de la population de manière plus large, ce qui va pouvoir permettre à terme d'intégrer l'accompagnement au sevrage tabagique de manière courante dans le traitement d'un cancer dès le diagnostic posé et quelle qu'en soit la localisation. La mobilisation de l'ensemble des professionnels est cruciale et une organisation claire et accessible des ressources nécessaires à une démarche d'arrêt du tabac est primordiale. En ce sens, le déploiement de projets au sein de l'établissement, à l'image de PROSE-CAN, peut constituer un levier au fait d'intégrer cet accompagnement dans les pratiques courantes pour les professionnels de manière accessible.

D'un point de vue personnel, la réalisation de ce travail tout au long de mon stage m'a permis d'étudier et d'apporter des pistes de réflexion à un sujet présentant de nombreux enjeux en termes de santé publique. La réalisation d'entretiens individuels auprès de professionnels de santé de l'Institut m'a permis d'impulser encore davantage la préoccupation des soignants autour de la promotion de la santé. Le chemin à parcourir demeure encore long, mais la réalisation de ce mémoire m'a conforté dans l'idée que les professionnels semblent de plus en plus conscients et engagés en faveur de cette ouverture. Enfin, cette expérience m'a permis de réaliser encore davantage l'importance majeure d'agir en amont de l'adoption de comportements à risque, ce que permet dans ses fondements la promotion de la santé. Cette prise de conscience nourrit ma motivation à entreprendre les nouvelles missions qui m'ont été confiées à la suite de ce stage, à savoir intervenir en faveur de la prévention des addictions chez les jeunes.

Bibliographie

1. Institut Bergonié (page consultée le 23/03/2020). Institut Bergonié : Centre Régional de Lutte Contre le Cancer de la Nouvelle-Aquitaine, [Internet]. Available from: <https://www.bergonie.fr/>
2. Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine (page consultée le 24/03/2020). Le Projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028, [Internet]. Available from: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-nouvelle-aquitaine-2018-2018-est-adopte>
3. Institut National du Cancer (page consultée le 3/08/2020). Soins de support, [Internet]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support/Definition>
4. Santé Publique France (page consultée le 2/04/2020). Repères théoriques et pratiques pour les actions du service sanitaire des étudiants en santé, [Internet]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/reperes-theoriques-et-pratiques-pour-les-actions-du-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
5. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (page consultée le 6/05/2020). Tabac : évolution de l'usage occasionnel ou régulier parmi les 18-75 ans, [Internet]. Available from: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-de-lusage-occasionnel-ou-regulier-parmi-les-18-75-ans/>
6. Santé Publique France (page consultée le 6/05/2020). Tabac : données, [Internet]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/donnees/#tabs>
7. Statista (page consultée le 13/05/2020). Prévalence du tabagisme régulier selon l'âge France 2010, [Internet]. Available from: <https://fr.statista.com/statistiques/500914/consommation-quotidienne-tabac-selon-age-france/>
8. Goffette C. Déterminants individuels et contextuels de la consommation de tabac. *Revue française de sociologie*. 2016 Jul 13;Vol. 57(2):213–39.
9. Santé Publique France (page consultée le 6/05/2020). Bulletin de santé publique Nouvelle Aquitaine Janvier 2019, [Internet]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/nouvelle-aquitaine/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-nouvelle-aquitaine.-janvier-2019>
10. Obradovic I (page consultée le 6/05/2020). Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence, [Internet]. Available from: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/representations-motivations-et-trajectoires-dusage-de-drogues-ladolescence-tendances-122-janvier-2018/>
11. Beck F et al. Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement : Principaux constats et recommandations. Les éditions Inserm [en ligne]. Avril 2014, 500 p. [consulté le 23/04/19]. Available from: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/5965>
12. Lagrue G, Dupont P. Quelques réflexions théoriques et pratiques sur les difficultés de l'arrêt du tabac. <http://www.em-premium.com/data/revues/07618425/00190004/405/> [Internet]. 2008 Apr 24 [cited 2020 May 13]; Available from: <https://www-em-premium-com.docelec.u-bordeaux.fr/article/151406/resultatrecherche/2>
13. Deutsch A, Gaillot-de Saintignon J. Systématiser l'accompagnement à l'arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer. *Oncologie*. 2016 May;18(5):343–53.
14. Ministère des solidarités et de la santé. (page consultée le 4/08/2020). Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, [Internet]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnl_t_def.pdf
15. Santé publique France. (page consultée le 6/05/2020). Tabagisme, conséquences sur la santé, [Internet]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>

16. Martínez Ú, Brandon TH, Sutton SK, Simmons VN. Associations between the smoking-relatedness of a cancer type, cessation attitudes and beliefs, and future abstinence among recent quitters. *Psycho-Oncology*. 2018 Sep;27(9):2104–10.
17. Institut National du Cancer (page consultée le 10/03/2020). Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer - systématiser son accompagnement, [Internet]. Available from: https://www.e-cancer.fr/content/download/154626/1962262/file/Arret-du-tabac-dans-la-prise-en-charge-du-patient-atteint-de-cancer_2016_V2.pdf
18. Thomas D. Risque cardiovasculaire du tabagisme selon le genre. *La Presse Médicale*. 2017 Jul 1;46(7, Part 1):681–7.
19. Santé Publique France (page consultée le 7/05/2020). Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [Internet]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france>
20. Ministère des Solidarités et de la Santé (page consultée le 7/05/2020). Fonds de lutte contre le tabac, [Internet]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/fonds-de-lutte-contre-le-tabac>
21. Institut National du Cancer (page consultée le 18/05/2020). Principaux facteurs de risque de cancer - Comment prévenir au mieux les cancers ? [Internet]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Comment-prevenir-au-mieux-les-cancers/Principaux-facteurs-de-risque-de-cancer>
22. Soerjomataram I, Shield K, Marant-Micallef C, Vignat J, Hill C, Rogel A, et al. Cancers related to lifestyle and environmental factors in France in 2015. *Eur J Cancer*. 2018;105:103–13.
23. Moatti J-P, Cases C, Olier L. Inégalités face au cancer : un diagnostic nécessaire. In Mermillod C, Malavolti L eds, *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*, Paris, DREES, 2008, pp.347-56.
24. Leclerc A, Menvielle G, Luce D. Inégalités sociales en cancérologie. *Rev Francoph Psycho Oncologie*. 2006 Jun 1;5(2):89–94.
25. Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF, Luce D. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. *Bull Epidemiol* 2008;33:289-92.
26. Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. *Ethnol Fr*. 2010;40(3):535-542.
27. Institut National du Cancer (page consultée le 6/05/2020). L'étude VICAN 2 - La vie deux ans après un diagnostic de cancer, [Internet]. Available from: <https://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/vie-apres-cancer/etude-VICAN-2>
28. Gaillot-de-Saintignon J, Deutsch A. Systématiser l'accompagnement à l'arrêt du tabac pour améliorer le traitement des patients atteints de cancer. *Bulletin du Cancer*. 2016 Jun;103(6):584–93.
29. Lasserre A, Gaillot J, Deutsch A, Chauvet C, Bessette D, Ancellin R. Prévention des cancers en France : quel rôle pour les professionnels de santé ? *Bulletin du Cancer*. 2017 Mar;104(3):237–44.
30. Walker MS, Vidrine DJ, Gritz ER, Larsen RJ, Yan Y, Govindan R, et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2006;15(12):2370–7.
31. Institut National du Cancer (page consultée le 22/05/2020). Aider vos patients à s'arrêter de fumer, [Internet]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Tabac/Aider-vos-patients-a-s-arreter-de-fumer>
32. Adsit R, Wisinski K, Mattison R, Bailey H, Fiore M. The Wisconsin Oncology Network (WON) Clinics: A Survey of Baseline Tobacco Cessation Clinical Practices and Receptivity to Academic Detailing. 2017;9.

33. Farley A, Aveyard P, Kerr A, Naidu B, Dowswell G. Surgical lung cancer patients' views about smoking and support to quit after diagnosis: a qualitative study. *J Cancer Surviv.* 2016 Apr;10(2):312–9.
34. Conlon K, Pattinson L, Hutton D. Attitudes of oncology healthcare practitioners towards smoking cessation: A systematic review of the facilitators, barriers and recommendations for delivery of advice and support to cancer patients. *Radiography.* 2017 Aug;23(3):256–63.
35. Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland JH, Pinto BM. Riding the Crest of the Teachable Moment: Promoting Long-Term Health After the Diagnosis of Cancer. *J Clin Oncol.* 2005 Aug 20;23(24):5814–30.
36. Karam-Hage M, Cinciripini PM, Gritz ER. Tobacco use and cessation for cancer survivors: an overview for clinicians. *CA: a cancer journal for clinicians.* 2014;64(4):272–90.
37. Hanna N, Mulshine J, Wollins DS, Tyne C, Dresler C. Tobacco Cessation and Control a Decade Later: American Society of Clinical Oncology Policy Statement Update. *JCO.* 2013 Sep 1;31(25):3147–57.
38. Institut national du cancer (page consultée le 22/05/2020). Plan Cancer 2014-2019, [Internet]. Available from: https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019?gclid=CJOild_F1ssCFWgW0wod128OBA
39. Shields PG. New NCCN Guidelines: Smoking Cessation for Patients With Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network.* 2015 May 1;13(5S):643–5.
40. Toll BA, Brandon TH, Gritz ER, Warren GW, Herbst RS, AACR Subcommittee on Tobacco and Cancer. Assessing tobacco use by cancer patients and facilitating cessation: an American Association for Cancer Research policy statement. *Clin Cancer Res.* 2013 Apr 15;19(8):1941–8.
41. Haute Autorité de Santé (page consultée le 22/05/2020). Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, [Internet]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arr-et-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
42. Day FL, Sherwood E, Chen TY, Barbouttis M, Varlow M, Martin J, et al. Oncologist provision of smoking cessation support: A national survey of Australian medical and radiation oncologists. *Asia-Pac J Clin Oncol.* 2018 Dec;14(6):431–8.
43. Ministère des Solidarités et de la Santé (page consultée le 22/05/2020). Dispositif d'accompagnement à l'arrêt du tabac, [Internet]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/dispositif-d-accompagnement-a-l-arret-du-tabac>
44. Wells M, Aitchison P, Harris F, Ozakinci G, Radley A, Bauld L, et al. Barriers and facilitators to smoking cessation in a cancer context: A qualitative study of patient, family and professional views. *BMC Cancer.* 2017 Dec;17(1):348.
45. Sharpe T, Alsahlane A, Ward KD, Doyle F. Systematic Review of Clinician-Reported Barriers to Provision of Smoking Cessation Interventions in Hospital Inpatient Settings. *J Smok Cessat.* 2018 Dec;13(4):233–43.
46. Warren GW, Marshall JR, Cummings KM, Toll B, Gritz ER, Hutson A, et al. Practice Patterns and Perceptions of Thoracic Oncology Providers on Tobacco Use and Cessation in Cancer Patients. *Journal of Thoracic Oncology.* 2013 May;8(5):543–8.
47. Warren GW, Dibaj S, Hutson A, Cummings KM, Dresler C, Marshall JR. Identifying Targeted Strategies to Improve Smoking Cessation Support for Cancer Patients. *Journal of Thoracic Oncology.* 2015 Nov;10(11):1532–7.
48. Warren GW, Marshall JR, Cummings KM, Toll BA, Gritz ER, Hutson A, et al. Addressing Tobacco Use in Patients With Cancer: A Survey of American Society of Clinical Oncology Members. *JOP.* 2013 Sep;9(5):258–62.

49. Price SN, Studts JL, Hamann HA. Tobacco Use Assessment and Treatment in Cancer Patients: A Scoping Review of Oncology Care Clinician Adherence to Clinical Practice Guidelines in the U.S. *The Oncol*. 2019 Feb;24(2):229–38.
50. Chang EHE, Braith A, Hitsman B, Schnoll RA. Treating nicotine dependence and preventing smoking relapse in cancer patients. *Expert Review of Quality of Life in Cancer Care*. 2017 Jan 2;2(1):23–39.
51. Obeidat NA, Ayub HS, Amarin R, Aburajab Altamimi B, Ghonimat I, Abughosh S, et al. Smoking Cessation Support Among Oncology Practitioners in a Regional Cancer Center in the Middle East—Improving a Critical Service for Cancer Care. *The Oncologist*. 2016 Apr;21(4):503–5.
52. Coovadia S, D’Alimonte L, Bristow B, Curle E, Gibson L, Di Prospero L. Catalyst for Change: Measuring the Effectiveness of Training of All Health Care Professionals to Provide Brief Intervention for Smoking Cessation to Cancer Patients. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. 2019 Dec;S1939865419305454.
53. Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), Bureau des expertises collectives. *Education pour la santé des jeunes: démarches et méthodes*. Paris: Inserm; 2001.
54. OMS (page consultée le 27/05/2020). Constitution de l’OMS: ses principes, [Internet]. Available from: <http://www.who.int/about/mission/fr/>
55. Réseau francophone international pour la promotion de la santé (page consultée le 27/05/2020). Définition, [Internet]. Available from: <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/definition/>
56. World Health Organization (page consultée le 27/05/2020). Glossaire de la promotion de la santé, [Internet]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67245>
57. Raffelini C. Hôpitaux promoteurs de la santé : vingt ans d’histoire, neuf cents établissements membres. 2013;(424):4.
58. Breton E. *La promotion de la santé: comprendre pour agir dans le monde francophone*. 2017.
59. Feinleib M. *A Dictionary of Epidemiology, Fourth Edition - Edited by John M. Last, Robert A. Spasoff, and Susan S. Harris*. *American Journal of Epidemiology*. 2001 Jul 1;154(1):93–4.
60. Kivits J, Houbre B. Recherche qualitative et méthodes qualitatives : fondements, principes et spécificités. In: *Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils*. FAD Université Lorraine; 2010.
61. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflète et perspectives de la vie économique*. 2014;LIII(4):67.
62. Bristow BJ. Smoking Cessation Basics: An Essential Component of Radiation Therapy Clinical Practice. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. 2013 Jun;44(2):106–16.
63. Bruce SD. Smoking Cessation: An Oncology Clinical Nurse Specialist-Led Program. *Clin J Oncol Nurs*. 2018 01;22(3):259–61.
64. Hanna N. Helping patients quit tobacco: ASCO’s efforts to help oncology care specialists. *J Oncol Pract*. 2013 Sep;9(5):263–4.
65. Weiss Y, Bristow B, Karol DL, Fitch M, McAndrew A, Gibson L, et al. Exploring Tobacco Use and Smoking Cessation Best Practices From the Perspectives of Individuals With Lung Cancer and Health Care Professionals. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. 2020 Jan;S1939865419306903.
66. Singer L, Braunstein S, Singer CM, Silveira WR, Fogh S. Residents’ Views on Tobacco Cessation in Radiation Oncology. *J Am Coll Radiol*. 2019 Jan;16(1):102–5.

67. Mazza R, Lina M, Invernizzi G, Pierotti M, De Marco C, Borreani C, et al. The Gap between Tobacco Treatment Guidelines, Health Service Organization, and Clinical Practice in Comprehensive Cancer Centres. *J Oncol*. 2011;2011:145617.
68. Weaver KE, Danhauer SC, Tooze JA, Blackstock AW, Spangler J, Thomas L, et al. Smoking cessation counseling beliefs and behaviors of outpatient oncology providers. *Oncologist*. 2012;17(3):455–62.
69. Lynne T, Peter M. Smoking cessation dialogue and the complementary therapist: Reluctance to engage? *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2014 Nov;20(4):181–7.
70. Bresnahan MJ, Silk K, Zhuang J. You did this to yourself! Stigma and blame in lung cancer: Stigma in lung cancer. *J Appl Soc Psychol*. 2013 Jun;43:E132–40.
71. Huteau M-E, Baussard L, Moutet AL, Morichaud A, Stoebner-Delbarre A. Smoking cessation in oncology: What we learn of patients? *Patient Education's news horizons. Education Therapeutique du Patient*. 2016;8(2).
72. Duffy SA, Scheumann AL, Fowler KE, Darling-Fisher C, Terrell JE. Perceived difficulty quitting predicts enrollment in a smoking-cessation program for patients with head and neck cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2010 May;37(3):349–56.
73. Rowland C, Danson SJ, Rowe R, Merrick H, Woll PJ, Hatton MQ, et al. Quality of life, support and smoking in advanced lung cancer patients: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*. 2016 Mar;6(1):35–42.
74. Berg CJ, Thomas AN, Mertens AC, Schauer GL, Pinsky EA, Ahluwalia JS, et al. Correlates of continued smoking versus cessation among survivors of smoking-related cancers: Smoking and cancer survivorship. *Psycho-Oncology*. 2013 Apr;22(4):799–806.
75. Kashigar A, Habbous S, Eng L, Irish B, Bissada E, Irish J, et al. Social environment, secondary smoking exposure, and smoking cessation among head and neck cancer patients: Smoking Cessation Head and Neck Cancer. *Cancer*. 2013 Aug 1;119(15):2701–9.
76. Li WHC, Chan SSC, Lam TH. Helping cancer patients to quit smoking by understanding their risk perception, behavior, and attitudes related to smoking: Helping cancer patients to quit smoking. *Psycho-Oncology*. 2014 Aug;23(8):870–7.
77. Lucchiari C, Masiero M, Botturi A, Pravettoni G. Helping patients to reduce tobacco consumption in oncology: a narrative review. *SpringerPlus*. 2016 Dec;5(1):1136.
78. Berg CJ, Carpenter MJ, Jardin B, Ostroff JS. Harm reduction and cessation efforts and interest in cessation resources among survivors of smoking-related cancers. *J Cancer Surviv*. 2013 Mar;7(1):44–54.
79. Yang C-C, Liu C-Y, Wang K-Y, Wen F-H, Lee Y-C, Chen M-L. Smoking Status Among Patients With Newly Diagnosed Lung Cancer in Taiwan. *J Nurs Res*. 2019 Aug;27(4):e32.
80. Leader A, Fernández-Somoano A, López-Cima MF, González-Arriaga P, Pascual T, Marrón MG, et al. Educational inequalities in quantity, duration and type of tobacco consumption among lung cancer patients in Asturias: Epidemiological analyses. :7.
81. Choi SH, Chan RR, Lehto RH. Relationships Between Smoking Status and Psychological Distress, Optimism, and Health Environment Perceptions at Time of Diagnosis of Actual or Suspected Lung Cancer: *Cancer Nursing*. 2019;42(2):156–63.
82. Aigner CJ, Cinciripini PM, Anderson KO, Baum GP, Gritz ER, Lam CY. The association of pain with smoking and quit attempts in an electronic diary study of cancer patients trying to quit. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016 Jun;18(6):1449–55.
83. Hall DL, Neil JM, Ostroff JS, Hawari S, O'Cleirigh C, Park ER. Perceived cancer-related benefits of

- quitting smoking and associations with quit intentions among recently diagnosed cancer patients. *J Health Psychol.* 2019 Apr 29;1359105319845131.
84. Lehto RH. Patient views on smoking, lung cancer, and stigma: A focus group perspective. *European Journal of Oncology Nursing.* 2014 Jun;18(3):316–22.
85. Regan T, Carey M, Bryant J, Waller A, Mansfield E, Sitas F, et al. Prevalence and correlates of current smoking among medical oncology outpatients. *Psychooncology.* 2015 Oct;24(10):1258–64.
86. Krajic K, Dietscher C, Pelikan J. La promotion de la santé à l'hôpital. *Sante Homme.* 2002 Jul-Aug; (360):16-42
87. CHU Rouen. (page consultée le 16/08/2020). Hôpital promoteur de santé, [Internet]. Available from: <http://www.chu-rouen.fr/hopital-promoteur-de-sante/>
88. Alla F, Cambon L. L'Hôpital, acteur de la promotion de la santé et de la prévention ? *Sante Publique.* 2018 Mar 27;Vol. 30(1):5–6.
89. RESPADD – Réseau de prévention des addictions. (page consultée le 17/08/2020). Qui sommes-nous ? [Internet]. Available from: <https://www.respadd.org/>
90. OMS. (page consultée le 17/08/2020). Promotion de la santé - Charte d'Ottawa, [en ligne]. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
91. Education Santé. (page consultée le 13/03/2020). La littératie en santé : comprendre l'incompréhension, [Internet]. Available from: <http://educationsante.be/article/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/>
92. Institut National du Cancer. (page consultée le 25/05/2020). L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer, [Internet]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/L-arret-du-tabac-chez-le-patient-atteint-de-cancer>

Annexes

Annexe 1 : Schéma de l'organisation médicale de l'Institut Bergonié

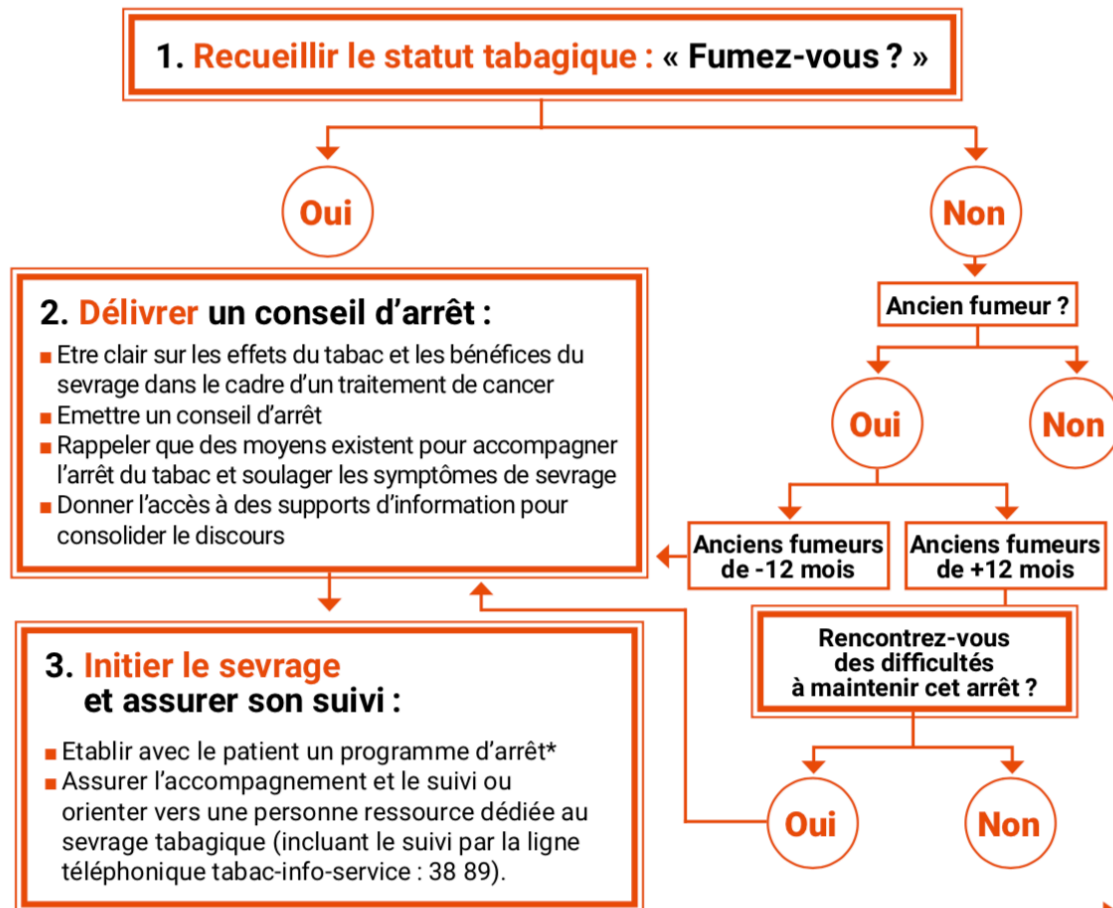


ORGANISATION MÉDICALE



Annexe 2 : Recommandations relatives à la marche à suivre pour les professionnels de santé du dépistage à la prise en charge de l'arrêt du tabac

Figure 2 – Étapes de l'accompagnement au sevrage tabagique par les professionnels de santé dès le début du parcours de soins. Source : INCa (92)



* Il est admis qu'un patient qui continue de fumer malgré la survenue d'un cancer doit être considéré comme dépendant et nécessitant une aide adaptée.

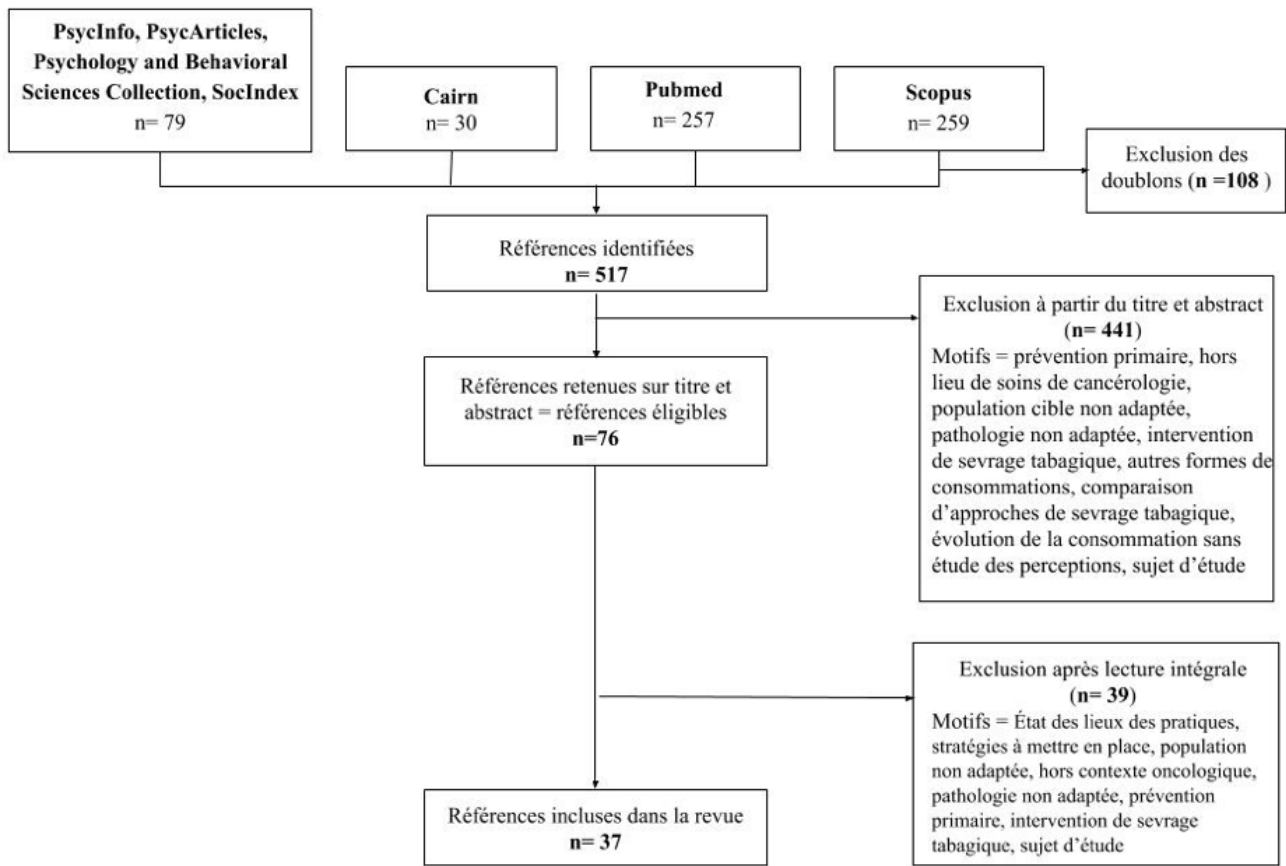


Annexe 3 : Équations de recherche utilisées sur les différentes bases de données exploitées pour la recherche bibliographique et procédé de sélection et d'inclusion des références

Tableau 1 - Équations de recherche utilisées sur les différentes bases de données exploitées pour la recherche bibliographique sur les déterminants du sevrage tabagique des patients et professionnels de santé en cancérologie.

Base de données	Équation de recherche
PsycInfo	<i>("smoking cessation" OR "tobacco cessation ») AND ("cancer patient*" OR "oncology" OR "health professional*")</i>
PsycArticles	<u>Opérateurs de restriction :</u>
Psychology and Behavioral Sciences Collection	- Date de publication : 10 dernières années
SocIndex	
Pubmed	<i>("smoking cessation"[Title/Abstract] OR "tobacco cessation"[Title/Abstract]) AND ("cancer patient*"[Title/Abstract] OR "oncology"[Title/Abstract] OR "health professional* »[Title/Abstract])</i>
	<u>Opérateurs de restriction :</u> - 10 dernières années
Scopus	<i>TITLE-ABS-KEY ("smoking cessation" OR "tobacco cessation") AND TITLE-ABS-KEY ("cancer patient*" OR "oncology" OR "health professional*")</i>
	<u>Opérateurs de restriction :</u> - 10 dernières années - Langue : anglais et français - Domaine d'activité : nursing/psychology/social sciences/health professions
Cairn	<i>("sevrage tabagique" OU "arrêt du tabac") ET ("cancérologie" OU "oncologie" OU "patient* atteint* de cancer")</i>

Figure 3 – Recherche de la littérature sur les déterminants du recours au sevrage tabagique en cancérologie : sélection et inclusion des articles



Annexe 4 : Guide d'entretien individuel semi-directif à destination des professionnels de santé de l'Institut Bergonié

Date de l'entretien :

Âge :	Profession :	Expérience professionnelle :
Sexe :	Année d'obtention du diplôme :	

Présentation du contexte : « Bonjour, je suis Emma Martel, étudiante en Master de Santé Publique à Bordeaux, et je travaille sur un projet de mémoire concernant l'aide au sevrage tabagique dans les pratiques de soins en cancérologie.

Je rencontre actuellement des professionnels de santé de l'Institut Bergonié et des patients afin de connaître leur point de vue et expérience sur le sujet.

N'hésitez pas à m'interrompre si vous avez une quelconque question ou bien pour donner des éclaircissements.

Cet entretien est anonyme, votre nom ne sera cité dans aucun document. Si vous l'acceptez, cet entretien sera enregistré afin de faciliter sa retranscription et l'enregistrement sera détruit une fois le mémoire rendu.

Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ? »

Consigne initiale :

« Pouvez-vous me raconter comment cela se passe dans votre pratique courante lorsque vous avez un patient fumeur ? »

Thèmes de l'entretien :

- **Pratiques professionnelles**
 - Accès à l'information relative au statut et à la consommation tabagiques
 - Manière d'aborder le sujet, éléments déclencheurs
 - Procédé (évaluation du statut tabagique, aide pharmacologique à l'arrêt, orientation vers ressources d'aide, suivi, etc.)
 - Connaissances et compétences perçues
 - Obstacles perçus

- **Sevrage tabagique dans l'établissement**
 - Organisation de la prise en charge du sevrage tabagique d'un patient à l'Institut Bergonié
 - Place du sevrage tabagique dans l'établissement
 - *Intérêt perçu*
 - *Formation*
 - *Supports et outils*
 - *Professionnels ressources*
 - *Compétences générales perçues*

- **Avis concernant le sevrage tabagique dans le contexte cancérologique**
 - Avis professionnel concernant le tabagisme chez les patients atteints de cancer
 - *Conséquences, intérêt d'arrêter après un diagnostic de cancer, etc.*
 - Place accordée au sujet dans la pratique professionnelle
 - *En réalité*
 - *Idéalement*

- **Perception du sujet chez les patients**
 - Intérêt et motivation perçus chez les patients

- **Posture vis-à-vis du sevrage tabagique dans le contexte cancérologique**
 - Rôle perçu
 - Perception de l'abord du sujet dans la relation soignant-soigné
 - *Ressenti*
 - *Difficultés et obstacles rencontrés*
 - Impact perçu
 - Pertinence de la poursuite de l'usage selon les situations cliniques

- **Tabagisme personnel**
 - Statut tabagique
 - Expérience du sevrage

- **Suggestions d'amélioration**
 - Besoins exprimés pour mettre en œuvre ou faciliter une aide à l'arrêt du tabac auprès des patients suivis
 - Suggestions pour améliorer l'aide à l'arrêt du tabac dans le cadre des soins dispensés

« Voyez-vous autre chose à ajouter...? »

« Je vous remercie d'avoir pris le temps d'échanger avec moi sur ce sujet et je vous tiendrai informée des résultats de l'étude si vous le souhaitez. »

Autoévaluation de l'entrevue :

Lieu :

Heure :

Durée :

Remarques/commentaires :

Annexe 5 : Guide d'entretien individuel semi-directif à destination des cadres de santé de l'Institut Bergonié

Date de l'entretien :

Âge :	Profession :	Expérience professionnelle :
Sexe :	Année d'obtention du diplôme :	

Présentation du contexte : « Bonjour, je suis Emma Martel, étudiante en Master de Santé Publique à Bordeaux, et je travaille sur un projet de mémoire concernant l'aide au sevrage tabagique dans les pratiques de soins en cancérologie.

Je rencontre actuellement des professionnels de santé de l'Institut (différents corps de métiers représentés) et des patients afin de connaître leur point de vue et expérience sur le sujet. N'hésitez pas à m'interrompre si vous avez une quelconque question ou bien pour donner des éclaircissements.

Cet entretien est anonyme, votre nom ne sera cité dans aucun document. Si vous l'acceptez, cet entretien sera enregistré afin de faciliter sa retranscription et l'enregistrement sera détruit une fois le mémoire rendu.

Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ? »

Consigne initiale : « **Pouvez-vous me raconter comment cela se passe de manière pratique lorsqu'un patient fumeur est pris en charge à l'Institut Bergonié suite à un diagnostic de cancer ?** »

Thèmes de l'entretien :

- **Organisation de la prise en charge du sevrage tabagique d'un patient à l'Institut Bergonié**
 - Moyens organisationnels mis en place par l'institution pour traiter la question

- **Sevrage tabagique dans l'établissement**
 - Place du sevrage tabagique à l'IB
 - *Intérêt*
 - *Formation*
 - *Outils*
 - *Professionnels ressources : RH dédiées et fléchées par rapport à cela*
 - *Compétences générales perçues*

- **Posture vis-à-vis du sevrage tabagique dans le contexte cancérologique**
 - « Est-ce-que de votre point de vue vous considérez qu'il s'agit d'une question prioritaire ? »
 - *Intérêt perçu*
 - *En réalité et dans l'idéal*
 - *Enjeux perçus à intégrer systématiquement une démarche d'aide à l'arrêt pour les patients fumeurs au diagnostic*

- **Perception de la prévention au sens large dans les missions professionnelles**
 - *Importance perçue*
 - *Moyens mis en œuvre*
 - *Freins et leviers identifiés pour la mettre en œuvre*
 - *Place de la prévention dans l'établissement*

- **Tabagisme personnel**
 - *Statut tabagique*
 - *Expérience du sevrage*

- **Suggestions d'amélioration**
 - Besoins exprimés pour mettre en œuvre ou faciliter l'aide à l'arrêt du tabac au sein de l'établissement
 - Suggestions pour améliorer l'aide à l'arrêt du tabac dans le cadre des soins dispensés

« Voyez-vous autre chose à ajouter...? »

« Je vous remercie d'avoir pris le temps d'échanger avec moi sur ce sujet et je vous tiendrai informée des résultats de l'étude si vous le souhaitez. »

Autoévaluation de l'entrevue :

Lieu :

Heure :

Durée :

Remarques/commentaires :

Annexe 6 : Guide d'entretien individuel semi-directif à destination des patients

Date de l'entrevue :

Âge :	Type de cancer :	Situation familiale :
Sexe :	Date du diagnostic :	Niveau d'éducation, profession :

Présentation du contexte : « Bonjour, je suis Emma Martel, étudiante en Master de Santé Publique à Bordeaux, et je travaille sur un projet de mémoire concernant l'aide à l'arrêt du tabagisme suite à un diagnostic de cancer. »

Je rencontre actuellement des patients et des professionnels de santé afin de connaître leur point de vue et/ou expérience sur le sujet. Durant notre échange, je vais vous guider en vous posant quelques questions générales. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, le but étant de recueillir votre ressenti et expérience personnelle sur le sujet. N'hésitez pas à m'interrompre si vous avez une quelconque question ou bien pour donner des éclaircissements.

Cet entretien est anonyme, votre nom ne sera cité dans aucun document. Si vous l'acceptez, cet entretien sera enregistré afin de faciliter sa retranscription et l'enregistrement sera détruit une fois le mémoire rendu.

Avez-vous des questions avant de débiter l'entrevue ? »

Consigne initiale : « **Pouvez-vous me raconter votre expérience concernant le tabagisme depuis le début de votre consommation jusqu'à aujourd'hui ?** »

Thèmes de l'entretien :

▪ **Thème 1 : Tabagisme pré-cancer**

- Antécédents de tabagisme (nombre d'années de tabagisme, contexte et âge de début, formes de tabac)
- Habitudes de vie (contexte du tabagisme, consommation alcool...)
- Perception du contrôle comportemental sur la consommation (dépendance, importance accordée au tabagisme)
- Motivations et tentatives d'arrêt (nombre, consultation professionnel)

▪ **Thème 2 : Survenue du cancer**

Transition possible : « Pouvez-vous me raconter dans quelles circonstances est survenu votre cancer ? »

- Ressenti à l'annonce
- Expérience personnelle concernant le vécu de la maladie (impacts psychologiques, perception des menaces engendrées par la maladie, symptômes physiques, perception vulnérabilité)
- Perception des facteurs ayant influencé la survenue du cancer (notamment lien tabac/cancer)
- Apports du tabagisme au quotidien
- Perception des conséquences de la poursuite du tabagisme
- Connaissances sur les bénéfices de l'arrêt et des risques de poursuivre l'usage

▪ **Thème 3 : Tabagisme post-cancer**

Transition possible : « Pouvez-vous me parler de votre rapport au tabac depuis le diagnostic de cancer ? »

- Usage perçu du tabac (place du tabagisme dans le quotidien, consommation actuelle)
- Intérêt et motivation perçus à l'arrêt (+ raisons)
- Auto-efficacité
- Soutien perçu dans la démarche d'arrêt (entourage, pairs, professionnels de santé)
- Moyens utilisés pour entreprendre et suivre une démarche de sevrage
- Accessibilité des soins de sevrage tabagique
- Difficultés et obstacles rencontrés (influence du comportement des pairs, dépendance, accessibilité de l'accompagnement...)

▪ **Thème 4 : Besoins et suggestions d'amélioration**

- Besoins exprimés en tant que fumeur pour pouvoir arrêter le tabagisme dans le cadre d'un suivi à l'Institut Bergonié
 - *Ou en général*
- Suggestions pour améliorer l'aide à l'arrêt du tabac dans le cadre des soins du cancer

« Voyez-vous autre chose à ajouter...? »

« Je vous remercie d'avoir pris le temps d'échanger avec moi sur ce sujet et je vous tiendrai informée des résultats de l'étude si vous le souhaitez. »

Autoévaluation de l'entrevue :

Lieu :

Heure :

Durée :

Remarques/commentaires :

Annexe 7 : Grille d'analyse thématique des entretiens individuels des professionnels de santé

Thème	Code
<ul style="list-style-type: none">▪ Pratiques professionnelles vis-à-vis de l'aide au sevrage tabagique auprès des patients fumeurs<ul style="list-style-type: none">○ Procédé○ Manière d'aborder le sujet○ Influence des caractéristiques des patients sur les pratiques professionnelles	1
<ul style="list-style-type: none">▪ Perception de l'usage du tabac chez les patients et de son arrêt dans un contexte de diagnostic de cancer<ul style="list-style-type: none">○ Perception de l'usage du tabac○ Perception du sevrage tabagique	2
<ul style="list-style-type: none">▪ Positionnement professionnel sur le sujet<ul style="list-style-type: none">○ Place accordée au sujet○ Perception des bénéfices à l'arrêt○ Modalités de l'accompagnement au sevrage tabagique	3
<ul style="list-style-type: none">▪ Connaissances et compétences perçues	4
<ul style="list-style-type: none">▪ Contexte institutionnel vis-à-vis du sujet et organisation de la prise en charge du sevrage tabagique dans l'établissement<ul style="list-style-type: none">○ Place du sujet dans l'établissement○ Professionnels ressources○ Supports et outils à disposition○ Accessibilité pour les patients	5
<ul style="list-style-type: none">▪ Problèmes soulevés et pistes de réflexion suggérées<ul style="list-style-type: none">○ Manque de temps○ Ressources humaines○ Outils et supports○ Dynamiser les équipes autour de la prévention secondaire	6

Annexe 8 : Grille d'analyse thématique des entretiens individuels des patients

Thème	Code
<ul style="list-style-type: none">▪ Tabagisme pré-cancer<ul style="list-style-type: none">○ Histoire personnelle du tabagisme○ Motivations et tentatives d'arrêt	1
<ul style="list-style-type: none">▪ Survenue du cancer<ul style="list-style-type: none">○ Expérience personnelle concernant le vécu de la maladie○ Perception des facteurs ayant influencé la survenue du cancer○ Impact de la maladie sur la consommation tabagique○ Connaissances sur les bénéfices de l'arrêt et les risques de poursuivre l'usage	2
<ul style="list-style-type: none">▪ Évolution du tabagisme après le cancer<ul style="list-style-type: none">○ Usage perçu du tabac○ Soutien perçu dans la démarche d'arrêt○ Difficultés et obstacles rencontrés○ Intérêt et motivation perçus à l'arrêt○ Besoins et suggestions d'amélioration	3

Annexe 9 : Tableaux descriptifs des caractéristiques des interviewés

Tableau 2 – Principales caractéristiques des professionnels de santé de l'Institut Bergonié interviewés entre mai et juin 2020

Code	Sexe	Profession	Année d'obtention du diplôme d'exercice	Ancienneté au sein de l'établissement	Statut tabagique
A	Homme	Médecin oncologue, spécialisé dans le traitement des cancers urologiques	2010	7 ans	NC
B	Femme	Médecin oncologue, spécialisée en onco-sénologie	1993	27 ans	Non fumeur
C	Femme	Chirurgien mammaire	2007	10 ans	Non fumeur
D	Femme	Infirmière d'annonce	1989	30 ans	Non fumeur
E	Femme	Infirmière coordinatrice	1992	27 ans	Anciennement fumeur
F	Femme	Cadre de santé	DM	20 ans	Fumeur actif

DM = Donnée Manquante

NC = Non connu

Tableau 3 – Caractéristiques sociodémographiques et type de cancer traité des patients interviewés en juin 2020

Code	Sexe	Âge	Type de cancer	Date du diagnostic	Niveau d'éducation, profession	Situation familiale
G	Homme	61 ans	Lymphome folliculaire	2002 puis rechute en 2008	Informaticien (retraité)	Marié, 2 enfants
H	Femme	61 ans	Cancer du poumon	2017	Hôtesse de caisse	Mariée, 2 enfants (dont un décédé)
I	Femme	72 ans	Cancer du sein	2018	Retraitée, anciennement enseignante au collège, directrice de maison de retraite, gérante de chambres d'hôtes, auxiliaire de vie	Séparée, 2 enfants

Annexe 10 : Tableau synthétique des éléments traduisant l'évolution d'un établissement de santé à logique curative vers un établissement promoteur de santé

Tableau 4 – Évolution vers un hôpital promoteur de santé. Source : La santé de l'homme (86)

	Hôpital/Maladie	Hôpital/Santé
Conception de la santé	Finalité (Restitution <i>ad integrum</i>)	Moyen (ressource face à la maladie)
Objet du soin	MALADIE	PATIENT
Objectif du soin	Optimisation biométrique (guérison)	« Faire de la santé un projet au lieu de la maladie un cauchemar » Qualité de vie
Place du patient	PASSIF	ACTEUR
Temps	SÉQUENCES	PROCESSUS
Durée de la maladie	aiguë	chronique
Modèles	biomédical	global
Organisation	CLOISONNÉE Intra/Extra service (curatif/préventif, médical/social)	TRANSVERSALE Continuité santé/maladie
Environnement Déterminants de santé	« Pas la fonction de l'hôpital »	Prise en compte des déterminants de santé du bassin de vie
Pratique soignante	<ul style="list-style-type: none"> • Prestataire de service • Individuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>empowerment*</i> • individuelle et groupe <p><i>*autonomisation face à la maladie</i></p>

Introduction : Enjeu de santé publique majeur depuis de nombreuses années, le tabagisme concerne encore 32% de la population en France en 2018 malgré le déploiement de multiples mesures préventives. Au-delà de son implication avérée dans la survenue de certains types de cancers, la poursuite du tabagisme présente des conséquences néfastes sur de multiples plans durant le traitement de la maladie. Or, malgré l'importance qu'il semble être accordée par les professionnels de santé au sevrage tabagique dans ce contexte, malgré le bénéfice démontré pour tous les professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins à aborder la question du sevrage, et malgré la réceptivité des patients au moment du diagnostic de leur cancer, l'aide au sevrage tabagique est peu mobilisée en pratique dans le parcours de soins en cancérologie.

Objectifs : Favoriser l'intégration de l'aide au sevrage tabagique dans le parcours de soins en cancérologie paraît en ce sens primordial et la promotion de la santé peut apporter des modalités d'action intéressantes pour améliorer la situation actuelle.

Méthode : En prenant l'exemple contextualisé d'un centre de lutte contre le cancer de la Nouvelle-Aquitaine, une enquête qualitative a été menée par le biais de la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de 6 professionnels de santé de l'établissement et de 3 patients fumeurs au moment du diagnostic de cancer. Une revue de la littérature existante sur le sujet est venue compléter les données issues de ces entretiens.

Résultats : Les résultats de l'enquête ont permis de mettre en évidence des freins et des leviers organisationnels et individuels pour les professionnels de santé au fait de proposer et assurer un suivi de l'aide à l'arrêt du tabac dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de cancer. Des déterminants systémiques, sociaux et individuels au fait de recourir au sevrage tabagique du point de vue des patients ont été mis en évidence. Des préconisations et des pistes de réflexions ont été élaborées à l'issue de l'enquête dans le but de promouvoir le sevrage tabagique de manière systématique, personnalisée et suivie durant le parcours de soins des patients atteints de cancer, selon une démarche de promotion de la santé.

Discussion : Développer une démarche globale et positive de la santé au sein de l'établissement, ouvrir la conception de la santé actuelle des soignants, l'organisation et les pratiques de soins vers une culture de promotion de la santé par le déploiement d'un modèle d'hôpital promoteur de santé au sein de l'établissement peut permettre in fine de favoriser de manière optimale l'intégration de l'aide au sevrage tabagique auprès des patients fumeurs de manière courante. Plus spécifiquement, des préconisations structurelles et axées sur le développement des aptitudes individuelles des patients sont suggérées pour développer l'aide au sevrage tabagique en contexte cancérologique.

Mots-clés : sevrage tabagique ; cancer ; parcours de soins ; promotion de la santé ; hôpitaux promoteurs de santé

Introduction: Considered a major public health issue for many years, tobacco use affects 32% of the population in France in 2018 despite the deployment of numerous preventive measures. In addition to its proven involvement in the occurrence of certain types of cancer, continued smoking has harmful consequences on many levels during the treatment of a disease. However, despite the importance that health professionals seem to give to smoking cessation in this context, despite the demonstrated benefits for all health professionals involved in the care pathway in addressing the issue of cessation, and despite the receptiveness of patients at the time of their cancer diagnoses, in practice, assistance in smoking cessation is little used in the cancerology care pathway.

Objectives: Encouraging the integration of smoking cessation support into the cancerology care pathway seems to be with this in mind essential and health promotion can provide interesting ways of improving the current situation.

Method: Taking the contextualised example of a cancer control centre in Nouvelle-Aquitaine (France), a qualitative survey was carried out through semi-directive interviews with 6 health professionals in the establishment and 3 patients who were smokers at the time of their cancer diagnosis. A review of existing literature on the subject supplemented the data from these interviews.

Results: The results of the study highlighted organisational and individual obstacles and levers for health professionals in proposing and monitoring smoking cessation aid in the context of cancer patient care. Systemic, social and individual determinants of smoking cessation from the patients' point of view were highlighted. Recommendations and lines of thought were drawn up at the end of interview with the aim of promoting smoking cessation in a systematic, personalised and monitored way during the care of cancer patients, in accordance with a health promotion approach.

Discussion: Developing a global and positive approach to health within the establishment, opening up the current conception of the carers' health, the organisation and care practices towards a culture of health promotion by deploying a health-promoting hospital model within the establishment may ultimately make it possible to optimally encourage the integration of smoking cessation assistance for patients who smoke on a regular basis. More specifically, structural recommendations focusing on the development of patients' individual skills are suggested to develop smoking cessation aid in an cancerology context.

Keywords: smoking cessation; cancer; care pathway; health promotion; health promoting hospitals